





Изучение Здоровья Населения Узбекистана

2002

Изучение
Здоровья Населения Узбекистана
2002

Информационно-Аналитический Центр
Министерства Здравоохранения
Республики Узбекистан

Государственный Департамент Статистики
Министерства Макроэкономики и Статистики
Республики Узбекистан

ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Апрель 2004


Республики
Узбекистан



ORC
Macro

Данная монография представляет собой обобщение результатов программы Изучения Здоровья Населения Узбекистана 2002, выполненного Информационно-Аналитическим Центром Министерства Здравоохранения Узбекистана совместно с Государственным Департаментом Статистики при Министерстве Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан. ORC Macro обеспечила техническую и финансовую помощь, посредством финансируемой USAID программы MEASURE *DHS+*, предназначенной для получения и анализа информации о рождаемости, планировании семьи, материнскому и детскому здоровью в различных странах мира.

Дополнительную информацию об ИЗНУ можно получить в Информационно-Аналитическом Центре Министерства Здравоохранения Узбекистана, Навои 12, Ташкент, Узбекистан, 700011 (Тел 998-712-67-62-44, Факс 998-712-67-62-31). Дополнительная информация о программе MEASURE DHS+ может быть получена MEASURE DHS+, ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD, 20705, USA. (Телефон 1-301-572-0200, Факс 1-301-572-0999; Email: reports@orcmacro.com; Интернет: www.measuredhs.com).

Рекомендуемые ссылки:

Информационно-Аналитическй Центр Министерства Здравоохранения (Узбекистан), Государственный Департамент Статистики Министерства Макроэкономики и Статистики (Узбекистан), и ORC Macro. 2004. *Изучение Здоровья Населения Узбекистана 2002.* Calverton, Maryland, USA: Информационно-Аналитическй Центр, Государственный Департамент Статистики и ORC Macro.

СОДЕРЖАНИЕ

6ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ

Страница

ГЛАВА 6 ИНДУЦИРОВАННЫЙ АБОРТ

ГЛАВА 7 ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ

ГЛАВА 8 МЛАДЕНческая И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

ГЛАВА 9 ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

ГЛАВА 10 ПИТАНИЕ

ГЛАВА 11 СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ, ВИЧ/СПИД, И БППП

ГЛАВА 12 ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРЫ РИСКА

ГЛАВА 13 ДРУГИЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛЫХ

ГЛАВА 14 СОБРАННЫЕ В ТАШКЕНТЕ БИОМАРКЕРЫ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Узбекистан, как и другие постсоциалистические страны, переживает сложный период, который характеризуется формированием новых отношений и нового мировоззрения. Страна уверенно продвигается по пути реформ с целью обеспечения стабильного и пропорционального развития сфер общественной жизни.

С большим удовольствием представляю основные результаты Изучения Здоровья Населения Узбекистана 2002, второй Программы Медико-Демографического Исследования Узбекистана, проведенного на общенациональном уровне совместными усилиями многих организаций и специалистов. Исследование выполнялось специалистами системы здравоохранения при технической помощи американской компании ORC Macro, Детского фонда ООН (UNICEF) и финансовой поддержке Агентства США по Международному развитию (USAID).

Даннаая монография отражает изменения, которые произошли в медико-демографической ситуации Узбекистана со времени проведения предыдущего исследования 1996 года, с дополнительной информацией о психическом здоровье, образе жизни населения, занятости, финансовом положении, осведомленности и отношении к туберкулёзу, СПИДу, заболеваниям, передающимся половым путем, распространенности сердечно-сосудистых, респираторных, аллергических, и стоматологических заболеваний.

Мне хотелось бы выразить благодарность Региональному офису USAID за его постоянную поддержку при выполнении этого исследования, Детскому Фонду ООН (UNICEF) за внимание и поддержку, американской компании ORC Macro за высококачественную организацию подготовительных и полевых работ, постоянную консультацию и помощь в обработке данных, и создании данной монографии.

Глубокую признательность хочу выразить Совету Министров Республики Каракалпакстан, Хокимиятам и Управлениям здравоохранения Хокимиятов, Министерству здравоохранения Республики Каракалпакстан, Государственному Комитету по статистике Республики Узбекистан, сотрудникам Республиканского Информационно-Аналитического Центра Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан и его филиалам по всей стране, и Научно-исследовательскому институту кожно-венерических болезней, при помощи которых было осуществлено данное исследование.

Данная монография послужит ценным источником информации, необходимой для успешной реализации реформ здравоохранения и решения задач социального развития Узбекистана.

Национальный директор Программы,
Министр здравоохранения НАЗИРОВ Ф.Г.
Республики Узбекистан,

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ф.Г.Назиров и Дж. Салливан

Изучение Здоровья Населения Узбекистана 2002 года (ИЗНУ) является общенациональным репрезентативным исследованием 5,463 женщин в возрасте 15-49 лет и 2,333 мужчин в возрасте 15-59 лет. Полевые работы были проведены с сентября по декабрь 2002 года.

Министерство Здравоохранения Узбекистана является основным заказчиком ИЗНУ. Международное Агенство США по Международному Развитию и ЮНИСЕФ обеспечили финансирование исследования, и административная поддержка была оказана Программой Развития ООН. Исследование было выполнено Информационно-Аналитическим Центром Министерства Здравоохранения Узбекистана и Государственным Управлением Статистики Министерства Макроэкономики и Статистики. Техническая помощь была оказана проектом MEASURE *DHS+* компании ОРС Макро.

НОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Данное исследование является вторым общенациональным исследованием, проведенным под эгидой Министерства Здравоохранения при технической поддержке Программы Медико-Демографических Исследований (DHS). В добавок к вопросам по репродуктивному здоровью и детскому здоровью, которые обсуждались в исследовании ПМДУ 1996 года, настоящее исследование включило такие обширные данные по здоровью взрослых, как данные по кровяному давлению, курению, хроническим болезням, ВИЧ/СПИДу и туберкулезу.

Так же, новым в 2002 ИЗНУ был сбор проб венозной крови и мазков из влагалища для определения уровня холестерина, гепатита Б, диабета и хламидиоза среди взрослого населения города Ташкента. Пробы, так же, были собраны среди детей города Ташкента для определения уровня контакта со свинцом, и среди детей из Ферганской области для определения статуса витамина А.

РОЖДАЕМОСТЬ

Уровни и тенденции. За календарный период 2000-2002, ИЗНУ демонстрирует Суммарный Коэффициент Рождаемости (СКР) на уровне 2.9 детей на женщину. Данный показатель свидетельствует о существенном снижении рождаемости, по сравнению с данными ПМДУ 1996 года, за период 1990-92, в 4.0 детей на женщину. Основываясь на этих данных, рождаемость снизилась на одного ребенка на женщину (25 процентов) в течение последних десяти лет.

Возраст в первом браке и первых родах. Замужество является пунктом в жизни женщин Узбекистана, когда они впервые обретают опыт сексуальных отношений и начинают процесс построения семьи. Данные исследования показывают, что возраст вступления в брак и возраст первых родов поднялся за последние годы. Среди женщин 20-24 лет, доля когда либо бывших замужем, составила 87 процентов в 1996 ПМДУ, и только 69 процентов в 2002 ИЗНУ. Подобным же образом, среди женщин 20-24 лет, доля имевших первые роды составила 60 процентов в 1996 ПМДУ, и только 54 процентов в 2002 ИЗНУ.

Подростковая рождаемость. Роды в подростковом возрасте, особенно до 18 лет, ассоциируют с относительно высокими уровнями смертности и заболеваемости, как для матери, так и ее ребенка. Снижение уровня подростокой рождаемости было одним из результатов недавнего подъема возраста вступления в брак. В 1996 ПМДУ, 10 процентов женщин в возрасте 15-19 лет начали процесс деторождения (имели первые роды или были беременными), и только 4 процента таковых было найдено в момент исследования 2002 ИЗНУ.

Различия Рождаемости. СКР среди сельских женщин (3.2 ребенка на женщину) является на пол-ребенка больше, чем СКР у городских женщин (2.5 ребенка на женщину). Уровни рождаемости были также выше во

всех регионах за пределами города Ташкента, чем в самой столице, и выше среди менее образованных, по сравнению с более образованными женщинами.

Интервалы родов. Многие исследования показали, что у детей, рожденных слишком скоро после предыдущих родов, имеется повышенный риск смертности. Это особенно верно при межродовом интервале менее 24 месяцев. В 2002 ИЗНУ было найдено, что одна-четверть всех вторых и дальнейших по порядку родов происходит в течение 24 месяцев после предыдущих родов.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Знание. Уровень знания о методах контрацепции был высоким**.** Среди всех женщин в возрасте 15-49 лет, 91 процента знали хотя бы один метод. Среди замужних в настоящий момент женщин, 99 процентов сообщили знания, по крайней мере, об одном методе.

Наиболее широко известным методом является внутриматочная спираль (98 процентов женщин, замужних в настоящий момент). Гормональные таблетки, инъекции и презервативы были следующими наиболее широко известными методами (85, 78 и 68 процентов среди женщин, состоявших в браке в настоящий момент).

Использование в настоящем и прошлом. Среди замужних женщин, 85 процентов сообщили об использовании контрацептивов в какой-то момент их жизни. Женщины старшего возраста чаще, чем более молодые женщины, использовали контрацептивы.

Использование в настоящий момент. Среди замужних женщин, две-трети (68 процентов) сообщили об использовании контрацептивных методов в настоящий момент. Шестьдесят-три процента использовали современный метод контрацепции, и 5 процентов использовали традиционный метод. ВМС был наиболее широко используемым методом, немногим больше половины всех замужних женщин (52 процента) использовали ВМС. Ни один другой метод не использовался более, чем 4 процентами респондентов. Таким образом, практика планирования семьи в Узбекистане полагается в значительной степени на ВМС, хотя другие методы являются широко известными.

Распространенность использования контрацептивов похожа в сельской (69 процентов) и городской (66 процентов) местностях, и среди всех образовательных групп респондентов (между 63 и 69 процентами).

Тенденции в использовании на настоящий момент. За период между 1996 ПМДУ и 2002 ИЗНУ значительно увеличился процент использования методов контрацепции. Между двумя исследованиями, использование контрацептивов замужними женщинами возросло с 56 до 65 процентов.[1] Это составляет 16 процентных пунктов относительного увеличения. Особенно полезно отметить увеличение использования среди женщин 20-24 и 25-29 лет, возрастов с наиболее высокими показателями рождаемости. Относительное увеличение использования контрацептивов в этих возрастных группах составило 25 процентов.

ИНДУЦИРОВАННЫЕ АБОРТЫ

Показатели абортов. Суммарный Коэффициент Абортов (СКА) за период 2000-2002 составил 0.9 абортов на женщину. СКА для Узбекистана незначительно ниже подобных недавних оценок для Казахстана 1999 (1.4) и Республики Киргизстан 1997 (1.6) и примерно на одном уровне с таковым в Туркменистане 2000 (0.9). Оценки СКА для городской и сельской местностей значитель-

[1] Сравнение тенденций использования контрацептивов должно основываться на одинаковом наборе методов контрацепции в обоих исследованиях. Это требует, чтобы показатели 2002 ИЗНУ исключили использование методов лактационной аменореи, женских презервативов и чрезвычайной контрацепции. В соответствии с этим, для сравнения с данными исследования 1996 года, данные 2002 ИЗНУ показывают 65 процентов, а не 68 процентов.

но не различаются (1.1 и 0.9 абортов на женщину, соответственно).

Динамика изменений. Между 1991-1993 и 2000-2002, в ИЗНУ было отмечено некоторое снижение в СКА, с 1.1 до 0.9 абортов на женщину.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Грудное вскармливание и прикорм. Грудное вскармливание является традиционным для Узбекистана; по данным 2002 ИЗНУ, 99 процентов младенцев менее 2 месяцев жизни вскармливаются грудью. Медиана продолжительности грудного вскармливания была длительной (20 месяцев). Однако, медиана продолжительности исключительного грудного вскармливания (то есть без любой другой пищи или жидкости), была коротокой (0.6 месяцев). ВОЗ рекомендует в течение первых шести месяцев жизни исключительное вскармливание грудным молоком, потому что оно предоставляет все необходимые питательные вещества и, таким образом, снижает контакт с болезнетворными агентами.

Статус питания. В ИЗНУ измерялся вес и рост детей до пяти лет жизни. Эти данные использовались для определения статуса питания детей. Среди хорошо питающегося населения, ожидается, что примерно 2 процента детей попадут в категорию умеренной/значительной степени низкорослости (коротких для своего возраста) и умеренной/значительной степени истощения (низкого веса к росту). Для всего Узбекистана, по данным ИЗНУ, 21 процент детей были в умеренно/значительной степени низкорослыми и 7 процентов были в умеренно/значительной степени истощенными.

Результаты ИЗНУ указывают, что статус питания детей Узбекистана улучшился за период с 1996 года. В соотвествии с данными 1996 ПМДУ, среди детей 0-35 месяцев жизни, 31 процент были низкорослыми (23 процентов в ИЗНУ) и 12 процентов были истощенными (6 процентов в ИЗНУ).[2]

Распространенность анемии. В ИЗНУ проводились измерения на наличие анемии среди детей в возрасте 6-59 месяцев жизни. Измерение образцов крови (используя систему Hemocue, как и в 1996 ПМДУ) определило, что 49 процентов детей страдают анемией разной степени: легкой (26 процентов), умеренной (22 процента) или тяжелой (1 процент). Уровень любой степени анемии был значительно ниже в Ташкенте (20 процентов), чем в других регионах (между 46 и 58 процентами).

Сравнения с данными 1996 ПМДУ указывают на отсутствие изменений в распространенности анемии. По данным 1996 ПМДУ, 60 процентов детей в возрасте 6-34 месяцев страдали от анемии разной степени тяжести (58 процентов в ИЗНУ).[2]

Использование услуг системы здравоохранения. Матерей спрашивали описать место, куда они наиболее часто водят ребенка для получения медицинского обслуживания. В основном, источник получения медицинских услуг определяется местом проживания. В городских местностях, подавляющее большинство детей (88 процентов) получают медицинский уход в поликлинике, тогда как в сельской местности, большинство (57 процентов) получают уход в сельских медицинских центрах. Почти все городские дети (98 процентов) при обращении за медицинской помощью обычно осматриваются врачом. В сельских местностях, большинство детей (90 процентов) были осмотрены врачом, и, оставшиеся 10 процентов, фельдшером или медсестрой.

Контакт со свинцом, город Ташкент. Дети контактируют со свинцом через разные источники: краска, индустриальные загрязнители и выбросы бензина. Контакт со свинцом может вести к проблемам со здоровьем, начиная с изменения поведения до задержки

[2] В 1996 ПМДУ, измерения роста и веса и тест на анемию были проведены среди детей до 3 лет жизни. Поэтому, сравнения данных исследований 1996 и 2002 годов были ограничены данными детей до 3 лет жизни.

умственного развития и, в случаях высоких уровней отравления свинцом, к смерти. Уровень свинца в крови детей измерялся в микрограммах на децилитр (µg/dl). Уровни свинца в пределах от 10.0 до 19.9 µg/dl могут оказывать вредный эффект на здоровье детей. Уровни выше 20.0 µg/dl, проявляются симптомами, варьируя от раздражительности до спорадической рвоты. Уровни выше 100.0 µg/dl являются угрожающими жизни.

В городе Ташкенте, уровни свинца в крови 10.0 µg/dl или выше были найдены у 6 процентов детей, и практически всех случаях находились в пределах 10.0-19.9 µg/dl. Хотя данные уровни считаются умеренно повышенными, они могут привести к значительному и продожительному влиянию на здоровье детей, находящихся с ними в контакте. Соответственно, внимание должно быть направлено на определение источника отравления свинцом в городе Ташкенте и на формулирование планов его устранения.

Статус Витамина А, Ферганская Область. Дефицит витамина А (ДВА) может являться причиной слепоты у детей и привести к ослаблению иммунитета и предрасположить ребенка к продолжительному протеканию инфекционных заболеваний. Уровень в 10.0-19.9 µg/dl указывает на умеренный дефицит, тогда как уровень менее 10.0 µg/dl указывает на тяжелый дефицит.

В Ферганской Области, у 53 процентов детей сывороточный ретинол составил менее 20.0 µg/dl, 44 процентов были умеренно дефицитными и 9 процентов имели тяжелый дефицит. Международная общественность в области здравоохранения расценивает ДВА как проблему общественного здравоохранения, когда 15 или более процентов исследованного населения имеют уровень ретинола менее 20.0 µg/dl.

Эти результаты находятся в соответствии с данными раннего исследования, проведенного в Муйнакском районе Каракалпакстана, Узбекистан, где 41 процент детей в возрасте до пяти лет жизни страдали от разной степени ДВА, т.е. уровень ретинола был найден менее, чем 20 µg/dl. Таким образом, внимание должно быть направлено на расширение программ обучения, направленных на корректировку питания и на обеспечение пищевых добавок витамином А детям дошкольного возраста в Ферганской Области (и по всему Узбекистану).

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Данные по младенческой смертности были собраны в ИЗНУ в соответствии с международным определением живорожденности, то есть когда рожденный ребенок дышит или показывает любые признаки жизни, независимо от сроков беременности. Младенческие смерти - это смерти живорожденных детей до одного года жизни. (WHO, 1993).

Показатели смертности. За пятилетний период, предшествующий ИЗНУ (1998-2002), Показатель Младенческой Смертности (ПМС) составил 62 на 1,000 живорожденных. Показатели неонатальной и постнеонатальной смертности составили 34 и 28 на 1,000.

Существенные различия в ПМС наблюдаются среди различных групп населения. Показатели были выше в сельской местности (75 на 1,000), чем в городской (43 на 1,000), и выше среди женщин с незаконченным средним образованием (95 на1,000), по сравнению с женщинами с более высоким образованием (29 на 1,000). Младенческая смертность была в два раза выше среди рождений, произошедших после межродового интервала менее 24 месяцев (80 на 1,000), чем после межродового интервала в 36-47 месяцев (32 на 1,000).

Другие Оценки ПМС. Оценка ПМС 62 на 1,000 живорождений соответствует оценке ЮНИСЕФ в исследовании 2000 MICS (52 на 1,000), проведенном недавно в Узбекистане. Обе оценки значительно превышают показатели младенческой смертности Министерства Здравоохранения на основании регистрации случаев - 19 на 1,000 за период 1998-2002.

ПМС по оценкам Министерства Здравоохранения, основаны на определении живорожденности, разработанном в Советском

Союзе. В соответствии с этим определением, беременность, которая закончилась в менее 28 недель гестации считается недоношенной, если ребенок не выживает 7 дней и классифицируется как поздний выкидыш (даже если ребенок прожил несколько дней). Таким образом, случаи, классифицированные в системе Министерства Здравоохранения как поздние выкидыши, были классифицированы как живорождения и младенческие смерти, в соответствии с определением, использованном в 2002 ИЗНУ. Таким образом, ПМС по оценкам ИЗНУ могут быть, некоторым образом выше, чем оценки Министерства Здравоохранения.

Источники различий. Важное значение может иметь то, что является источником разницы в оценках ПМС: либо разница в определении или общая тенденция недоучета младенческих смертей в системе регистрации. Разница в определении может влиять только на оценку показателей ранней неонатальной смертности (смертности до семи дней жизни). Однако, большая часть различий в оценке младенческой смертности между ИЗНУ и МЗ (63 процентов разницы) приходится на период от семи дней до конца младенчества. Это достаточно очевидный факт, говорящий о недоучете младенческих смертей системой регистрации.

ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛЫХ

Статус питания. Избыточное питание (лишний вес и ожирение) является всемирной проблемой здоровья. Лица с ожирением и излишним весом имеют повышенный риск развития многих хронических заболеваний, включая гипертонию, диабет, сердечные заболевания и кровоизлияние в мозг.

Измерения роста и веса у взрослых респондентов были переведены в индекс массы тела, что позволило классифицировать респондентов как имеющими недостаточный вес, нормальный вес, избыточный вес или ожирение. В целом, распределение ИМТ были одинаковыми как для мужчин, так и для женщин; примерно 5 процентов женщин и мужчин были недостаточного веса, 65 процентов- нормального веса и у значительной доли (около 30 процентов) имелся избыточный вес/ожирение.

Как и ожидалось, процент респондентов с избыточным весом/ожирением увеличивался с возрастом и находился на угрожающе высоком уровне в возрастных группах от 35 лет и старше. Более 50 процентов как мужчин, так и женщин, в возрасте 40 лет и старше, старадали избыточным весом/ожирением, и одна треть женщин могли быть отнесены к категории с ожирением. Это означает, что многие лица старшего возраста ведут нездоровый образ жизни (низкий уровень физической активности и неправильное питание), предрасполагающий их к болезням и представляющее Узбекистану серьезную проблему здравоохранения.

Гипертония. В ИЗНУ среди взрослых производилось измерение кровяного давления. Респондентов классифицировали как имеющими гипертонию, если они принимали анти-гипертензивные лекарства, если их систолическое давление превышало 140ммHg, или если их диастолической давление превышало 90 ммHg.

Восемь процентов как женщин, так и мужчин классифицировались гипертензивными. Однако, у значительно большей доли женщин (74 процента), чем мужчин (48 процентов) кровяное давление было в пределах оптимального уровн (менее 120/80), что указывало на преимущества здоровья женщин в отношении данного индикатора.

Значительные различия были найдены в показателях гипертонии в зависимости от образования, возраста и индекса массы тела. Показатели гипертонии среди женщин и мужчин с избыточным весом/ожирением (16 и 14 процентов) был в два - три раза выше, чем среди женщин и мужчин нормального веса (4 и 6 процентов).

Первым шагом в отношении контроля над гипертонией является осознание лицами наличия своего состояния и что оно приводит к преждевременной инвалидности и смерти. Это предполагает необходимость дополнительного просвещения об отрицательных последствиях высокого кровяного давления и

необходимость мониторинга кровяного давления, особенно среди лиц старшего возраста и лиц с избыточным весом и ожирением.

Курение. Курение сигарет является известным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, рака и усугубляет течение эмфиземы, бронхита и пневмонии. Менее 1 процента женщин сообщили о курении сигарет в настоящий момент, и немногим больше (1.3 процента) сообщили, что они когда-либо курили. С другой стороны, среди мужчин, курение сигарет было хорошо установленной традиционной привычкой. В целом, 21 процент мужчин сообщили, что они курят в настоящий момент и 41 процент - что они когда-либо курили.

Мужчины начинают курить в раннем периоде жизни. Медиана возраста начала регулярного курения находится на отметке 20 лет.

Начиная с середины-1990х, Узбекистан предпринял некоторые меры по контролю за употреблением табака. Сигаретная упаковка должна иметь надпись о вреде курения для здоровья, запрещена продажа сигарет детям, так же запрещена реклама сигарет в прессе и в кинотеатрах. Тем не менее, следует начать дополнительные просветительские программы в отношении вопросов здоровья, направленные на мужскую аудиторию, пропагандирующие пользу не курения табака вообще и прекращения курения.

Сообщенные заболевания. На общенациональном уровне, женщины сообщали о наличии у них хронических заболеваний чаще мужчин. Зоб и анемия, проблемы здоровья в основном задевающие женщин, являлись наиболее часто упоминаемыми проблемами; 14 и 11 процентами женщин, соответственно, и менее чем 2 процентами мужчин. Другими часто упоминаемыми заболеваниями были болезни почек (6 процентов женщин и 4 процента мужчин), артриты (4 процента как для женщин, так и мужчин) и гастриты (4 процента мужчин).

Сообщение хронических заболеваний было намного выше в Западном Регионе (рядом с Аральским морем), чем где-либо еще. Среди женщин частота сообщений наличия зоба (40 процентов), анемии (52 процента) и болезней почек (22 процента) были особенно высокими в Западном Регионе. Министерство здравоохранения имеет большое количество фактов о наличии вредных для здоровья условий в Западном регионе, и данные ИЗНУ подтверждают, что регион заслуживает особого внимания в отношении программ здравоохранения и усиления действий по решению экологических проблем региона экологического бедствия вокруг Аральского моря.

Необходимо отметить, что уровни заболевания как зобом, так и анемией могут быть значительно снижены посредством программ пищевых интервенций (добавки и фортификация пищевых продуктов йодом и железом).

Туберкулез. Туберкулез является серьезной проблемой здравоохранения Узбекистана, как и многих других стран бывшего Советского Союза. Однако, туберкулез полностью излечим. Таким образом, просвещение населения в отношении путей заражения, симптомов и прогноза туберкулеза, является важным компонентом программы контроля ТБ.

Большинство респондентов слышали о туберкулезе (более чем 80 процентов как мужчин, так и женщин). Шестьдесят процентов женщин и 55 процентов мужчин правильно назвали путь передачи туберкулеза (через воздух при кашле). Кашель (как с мокротой, так и без нее) был наиболее часто упоминаемым симптомом, который заставит респондента обратиться за медицинской помощью. Однако, большинство респондентов, либо никогда не слышали либо не знали, что туберкулез полностью излечим (53 процентов женщин и 54 процента мужчин).

Последние показатели указывают на необходимость усиления просветительных программ по туберкулезу.

ИЗУЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАШКЕНТА

В Ташкенте были проведены несколько отдельных исследований, для которых венозная кровь бралась у взрослых респондентов, и влагалищный мазок у замужних женщин. В связи с финансовыми трудностями, данные исследования были ограничены пределами города Ташкента.

Липидный спектр. Холестерин и триглицериды являются хорошо известными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, лидирующей причины смерти среди взрослого населения Узбекистана. Уровень липидов показан в миллиграммах на децилитр (mg/dl). Категории риска для общего холестерина были следующими: желательный уровень (менее 200 mg/dl), пограничный высокий (200-239 mg/dl) и высокий (240 или выше mg/dl).

Исследование выявило одинаковый спектр риска как для мужчин, так и для женщин. На желательном уровне холестерин был примерно у 90 процентов как женщин, так и мужчин, примерно у 8 процентов уровень граничил с высоким, и высокий уровень холестерина было примерно у 2 процентов респондентов. Процент участников исследования с высоким уровнем общего холестерина находится на самом низком уровне в мире, в связи с чем необходимо дальнейшее исследование для подтверждения этих результатов.

Польза показателя общего холестерина, как индикатора риска, снижена в связи с тем, что он включает в себя как полезные (ЛВП), так и вредные (ЛНП) липопротеины. Более предпочтимым индикатором является показатель соотношения общего холестерина к ЛВП-холестеринам. Лица с индикатором выше 6.0 считаются имеющими повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ИЗНУ, 6 процентов женщин и 13 процентов мужчин имеют данный индикатор выше 6.0.

Как среди женщин, так и мужчин, процент с повышенном уровнем риска положительно ассоциировал с возрастом и значением индекса массы тела. Например, 9 процентов мужчин с нормальным весом были на уровнях повышенного риска, по сравнению с 20 процентами мужчин с избыточным весом/ожирением.

Гепатит Б. Гепатит Б является вирусной болезнью, ведущей к поражению печени. Примерно 10 процентов инфицированных лиц развивает хронический гепатит, и у небольшой части развивается медленное, но прогрессивное поражение печени.

Распространенность гепатита Б была выявлена путем тестирования сыворотки крови на поверхностный антиген вируса гепатита Б. Наличие антигена говорит о том, что лицо является инфицированным и заразным. По данным исследования, 3 процента женщин и 6 процентов мужчин выявлены позитивными на наличие антигена.

Диабет. Диабетом называется группа заболеваний, характеризующихся повышенным уровнем глюкозы в крови, в результате дефекта секреции инсулина или его действия. Рапространенность диабета выявлялась путем измерения гликозилированного гемоглобина, как процента от общего гемоглобина. Лица классифицировались следующим образом: без-диабета (при показателе менее 6 процентов), пограничными (между 6.0 и 7.9 процентами) и с неконтролированным диабетом (8.0 процентов и выше).

Исследование определило, что у 90 процентов женщин и мужчин показатели находились во вне-диабетном промежутке. Показатели у следующих 5 процентов женщин и 7 процентов мужчин были на пограничном уровне, и у 1 процента женщин и 3 процентов мужчин-на уровне диабета.

Процент респондентов, классифицированных как пограничных и с диабетом, увеличивается с возрастом и индексом массы тела. Пограничных с диабетом уровни были особенно высокими среди мужчин с избыточным весом/ожирением (15 процентов).

Хламидиоз. Хламидиоз является широко распространенным заболеванием, переда-

ющимся половым путем, и у женщин часто протекает без симптомов. Нелеченный хламидиоз ведет к воспалению органов малого таза, хроническим болям в области малого таза, эктопической беременности и бесплодию. Во время родов, хламидии могут переноситься на новорожденных, вызывая коньюнктивит и пневмонию.

Замужние или когда либо бывшие замужем жительницы Ташкента были протестированы на хламидии. У десяти процентов результат был положительным, и менее половины этих женщин сообщили о наличии симптомов. Эти находки указывают на значительные трудности, с которыми сталкиваются врачи и медсестры по причине бессимтомного протекания хламидиоза. При лечении пациентов, медицинские работники должны быть особенно бдительными для выявления хламидиоза (и других бессимптомных венерических заболеваний).

ВИЧ/СПИД И ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

В настоящий момент в Узбекистане количество ВИЧ-инфицированных лиц является малым (значительно меньше 1 процента всего взрослого населения), и большинство из них были инфицированы в результате использования внутривенных наркотиков. Данный низкий уровень ВИЧ инфекции предоставляет возможность подготовки просветительских программам до того, как болезнь широко распостанится среди населения и станет распространятся через сексуальный контакт. Однако, недавний быстрый рост количества случаев ВИЧ в Узбекистане указывает на то, что данная возможность не продлится долго.

Знания о ВИЧ/СПИДе и поведение. Уровень осведомленности о СПИДе является высоким. В целом, 90 процентов женщин и 95 процентов мужчин сообщили о том, что они слышали о СПИДе. Однако, только 69 процентов женщин и 80 процентов мужчин верят в сналичие способов избежания инфицирования. Наиболее часто упоминаемыми методами избежания инфицирования были названы ограничение количества сексуальных партнеров до одного партнера (61 процента женщин и 69 процентов мужчин) и использование презервативов (43 процента женщин и 65 процента мужчин).

Сексуальное поведение взрослых. Менее одного процента замужних женщин сообщили о наличии у них сексуального партнеров помимо мужа (или сожителя) в течение прошлого года, по сравнению с 6 процентами женатых мужчин. Ни одна незамужняя женщина не сообщила о наличии в прошлом году сексуальных отношений с более, чем одним партнером, тогда как три процента мужчин сообщили об этом. Дополнительно, всех имевших секс взрослых мужчин спрашивали, усли они когда-либо платили они за секс. Примерно три процента мужчин сообщили, что в прошлом году у них был платный секс. Всего 41 процента использовали презерватив при последнем платном сексуальном контакте.

Инфекции, передающиеся половым путем. Всех взрослых спрашивали о том, слышали ли они, помимо ВИЧ/СПИДа, о болезнях, передающихся половым путем. Всего, 39 процентов женщин и 64 процента мужчин знали о таких заболеваниях. Среди состоящих в браке, осведомленность была слегка выше (43 процента женщин и 72 процента мужчин). Низкая осведомленность среди женщин является достойным внимания выводом, потому что женщины подвержены серьезным осложнениям определенных инфекционных болезней, передающихся половым путем, и эти инфекции могут передаваться ребенку во время беременности и родов.

УЗБЕКИСТАН 2002



ВВЕДЕНИЕ 1

Ф.Г.Назиров и Г.Семенова

1.1 ГЕОГРАФИЯ И НАСЕЛЕНИЕ УЗБЕКИСТАНА

Республика Узбекистан, страна не имеющая выхода к морю, расположена в середине Центральной Азии между реками Амударья и Сырдарья. Территория Узбекистана составляет 448,900 квадратных километров. Страна граничит на севере с Казахстаном, на востоке и юго-востоке- с Киргизстаном и Таджикистаном, на юге- с Афганистаном и на западе- с Туркменистаном.

Узбекистан является страной президентской демократии. Президент выбирается на семилетний срок прямым народным голосованием. Последние выборы проводились 9 января 2000 года.

Узбекистан включает 12 административных регионов (областей) и автономную республику Каракалпакстан и город Ташкент. Каждый регион состоит из малых административных зон – районов. Всего в Узбекистане 162 района и 118 городов и поселков.

С населением в 25 миллионов Узбекистан занимает третье место по населению после России и Украины в составе бывших республик Советского Союза. Около 63 процентов населения проживает в сельской местности. Характерной особенностью Узбекистана являются высокие темпы прироста населения, связанные с высоким (хотя и снижающимся) уровнем рождаемости (20 на 1000 населения в 2001 году по сравнению с 29 на 1000 в 1995 году) и сравнительно низким уровнем смертности (5.3 на 1000 населения в 2001г.). В результате высокой рождаемости и прироста населения, 36 процентов населения составляют дети до 15 лет, тогда как население в возрасте старше 65 лет составляет менее четырех процентов (State Department of Statistics, 2002).

Продолжительность жизни в Узбекистане снизилась после распада Советского Союза, особенно среди мужчин. В 2001 году продолжительность жизни была 72.6 лет для женщин и 67.6 лет для мужчин, составляя разницу в пять лет.[1] Узбекистан несет двойную тяжесть заболеваемости, с большинством всех смертей, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хотя так же превалируют болезни органов пищеварения, респираторные и инфекционные заболевания (вирусный гепатит, туберкулез и венерические болезни вызывают особую озабоченность).

Плотность населения Узбекистана составляет в среднем 56 человек на 1 квадратный километр, однако плотность населения по территории страны размещена неравномерно. Наиболее плотно заселенными территориями являются возделываемые земли и индустриальные городские регионы. Столица Узбекистана город Ташкент с населением более двух миллионов человек - крупнейший из городов Центральной Азии.

Узбекистан - многонациональная страна. По данным переписи населения 1989 года, в Узбекистане проживает более 130 национальностей. Значительное число населения - свыше 80

[1] Данная статистика по ожидаемой продолжительности жизни основана на данных из национальных систем регистрации, представленных ВОЗ. Данные цифры могут быть преувеличенными, так как, например, показатель младенческой смертности (который является основным детерминантом ожидаемой продолжительности жизни при рождении), основанный на данных 2002 ИЗНУ, значительно выше официальной статистики по младенческой смертности, основанной на данных системы регистрации (смотри главу 8).

процентов составляют узбеки, другими крупными этническими группами являются русские, таджики, казахи и татары. Узбекский язык входит в состав тюркской группы языков. Семейные связи устойчивы, особенно среди проживающего в сельской местности населения, и играют важную роль в формировании у них жизненных ценностей, взаимоотношений, поведения и установок.

1.2 ИСТОРИЯ УЗБЕКИСТАНА

Кочевое население, жившее в древние времена на территории Узбекистана, занималось в основном примитивным сельским хозяйством и скотоводством. Первое централизованное государство на территории Узбекистана появились в V-VI вв до н.э.: Бактрия (Южный Узбекистан), Хорезм (регион Аральского моря) и Согд (Заравшанская долина и регион Кашкадарьи). Великие города древности Самарканд, Кюзелгыр, Калагыр были основаны в этот период.

В середине VI в. земли этого края были завоеваны тюрками, оказавшими значительное влияние на язык и культуру. Во второй половине VII- начале VIII веков в тюркские земли вторглись арабы. Завоеватели обращали местных жителей в Ислам, который объединил многие оседлые и полукочевые тюркоязычные племена в Хорезмском и Ташкентском оазисах, в Фергане и на части территории древней Согдианы. К этому времени относится завершение основного этапа образования тюркоязычной народности, которая стала в последствии именоваться узбеками. Эпоха IX-XIII веков характеризуется расцветом культуры Узбекистана-развиваются наука, культура, градостроительство, торговля.

В начале ХШ века земли Центральной Азии были завоёваны ордами Чингисхана, который разрушил города и установил правящую династию, доминировавшую в Центральной Азии несколько веков. В 1370 году к власти приходит Тамерлан (Тимур), один из потомков Чингизхана (Чингизид). Он создает государство, которое простирается от Малой Азии до Индии.

В результате ослабления династии тимуридов - потомков Тимура, в Центральной Азии в середине XVIII века были созданы три государства - Бухарский эмират, Кокандское и Хивинское ханства. Во второй половине XIX века Российская империя установила протекторат над Хивинским ханством и Бухарским эмиратом, а Кокандское ханство стало частью Туркестанского генерал-губернаторства. Присоединение Узбекистана к России - стране с более передовой экономикой и культурой - имело объективно прогрессивные последствия.

Революция 1905-1907 гг. в Туркестане была составной частью первой русской буржуазно-демократической революции, которая способствовала созданию в регионе крупной силы противоборства русскому царизму. После Социалистической революции 1917 года на территории Туркестанского края было основано несколько автономных республик. В 1924 году Узбекистан получил статус Советской Социалистической республики в составе Союза ССР. Это событие стало важной вехой в экономическом и социальном развитии Узбекистана в XX веке, обеспечившей индустриальное развитие, ликвидацию неграмотности, раскрепощение женщин, создание системы здравоохранения, установление связи с западной культурой и др. Система обязательного среднего образования стала основой высокого уровня грамотности населения и успеха системы подготовки квалифицированных кадров.

Во время Второй Мировой войны многие промышленные предприятия России и других европейских регионов СССР были эвакуированы в Узбекистан. Они составили основную базу экономического развития Узбекистана в послевоенный период. Будучи советской республикой, Узбекистан в течение многих лет основывался на базе плановой экономической системы, контролируемой центральным советским правительством.

В результате развала политической структуры бывшего Советского Союза в 1991 году Узбекистан стал независимой суверенной республикой и членом Организации Объединенных Наций. Переход страны к рыночной экономике сопровождается значительными социально-экономическими изменениями. Этот процесс привел к разрыву связей в ряде секторов экономики.

1.3 ЭКОНОМИКА УЗБЕКИСТАНА

Узбекистан является самодостаточным в отношении производства сельскохозяйственных продуктов. Однако, для выполнения стратегических задач Советского государства в условиях бывшего Советского Союза, производство хлопчатника стало наиболее приоритетным направлением развития сельского хозяйства Узбекистана. В некоторых областях республики 85-90 процентов орошаемых земель были засеяны хлопком. Монокультура хлопчатника серьёзно сдерживала развитие других жизненно важных отраслей агропромышленного комплекса и порождала массу негативных последствий. В настоящее время, правительство Узбекистана пересмотрело эту ситуацию, и поощряет скотоводчество, шелководство и производство фруктов, овощей, бахчевых и зерновых культур. Однако, хлопок остается основной продукцией сельского хозяйства - 42 процента орошаемых земель отданы под хлопок, основной источник твердой валюты.

Узбекистан богат минеральными ресурсами и обширными залежами нефти и газа. В течение двух последних десятилетий бурное развитие получила национальная индустрия по переработке цветных металлов, машиностроения, химической промышленности, строительство нефте-газоперерабатывающих заводов и гидроэлектростанций. В условиях новой экономической политики в стране создаются совместные предприятия с Кореей, Италией, Америкой и другими странами.

1.4 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

1.4.1 Учреждения и Кадры Здравоохранения

Система здравоохранения в Узбекистане развивалась как составная часть Советской плановой системы и была призвана оказывать адекватную медицинскую помощь всем гражданам. С этой целью, под эгидой Министерства Здравоохранения была создана целая сеть медицинских учреждений, включающая свыше 6000 учреждений первичного, вторичного и третичного звена. Почти вся система здравоохренеия является государственной. По всей территории Узбекистана служба здравоохранения обеспечивается бесплатно, и включает антенатальную помощь, родовспоможение, неонатальную охрану, педиатрическую службу, иммунизацию, планирование семьи, амбулатории и специализированную медицинскую помощь. Однако, некоторые медицинские работники предлагают платные услуги. Почти во всех больницах имеются платные койки, то есть пациент оплачивает лечение по установленной цене (Ilkhamov and Jakubowski, 2001).

Почти все медицинские работники Узбекистана (81,400 врачей и 263,100 среднего медицинского персонала на 2001г.), являются государственными служащими. Однако, рапределение врачей является неравномерным между городскими (47 на 10,000 населения) и сельскими (23 на 10,000 населения) регионами (State Department of Statistics, 2002). Работники здравоохранения оплачиваются на основе заработной платы. Средняя зарплата- низкая, и дополнительная плата зарабатывается через систему неформальной оплаты пациентами, хотя достоверной информации по данной практике не имеется. По подсчетам последних лет, примерно 30,000 медицинских работников покинули сферу системы здравоохранения, включая 7,000 врачей (Ilkhamov and Jakubowski, 2001).

1.4.2 Реформы системы здравоохранения

С 1991 года Узбекистан целенаправленно внедряет реформы в системе здравоохранения. Приоритеты реформ 1991-1998 годов были сфокусированы на развитии государственной политики, финансирование системы здравоохранения, сборе средств, и улучшении в службах охраны здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи.

В 1992 году были внедрены дневные стационары - новые формы амбулаторного дневного лечения. Внедрение этой формы обслуживания привело в 2001 году к ликвидации 104,200 больничных коек (Ilkhamov and Jakubowski, 2001). В 1997 Узбекистан принял программу по здоровому образу жизни, которая фокусируется на предупреждении курения и пропагандирует физическую активность и здоровое питание.

Приоритеты реформ 1998-2005 годов, включают план и сроки внедрения общенациональной сети медицинстких центров экстренной медицинской помощи; план внедрения сети сельских врачебных пунктов (СВП), которые должны заменить фельдшерско-акушерские посты (ФАПы)[2], сельские амбулатории и сельские больницы; дальнейшее развитие частного сектора в сфере медицинских услуг, внедрение высшего образования для медицинских сестер, и положения для мониторинга внедрения реформ. Министерство Здравоохранения разрабатывает пакет документов по заболеваниям, лечение которых будет покрываться государственным бюджетом, включая протоколы лечения, продолжительность госпитализации в государственных медицинских учреждениях. После 2005 года, медицинские услуги, не покрываемые государственным пакетом, например такие, как элективные процедуры и специализированные стоматологические услуги, будут оплачиваться пациентами, их работодателями или медицинской страховкой. Новые Сельские Врачебные Пункты (СВП), которые в настоящий момент внедряются по всему Узбекистану, должны обслуживать от 4,000 до 6,000 населения и содержать в штате 1-5 врачей (специализирующихся в терапии, гинекологии и педатрии) и 4-8 медицинских сестер и санитарный персонал. Эти центры оказывают услуги по первичной медицинской помощи, вакцинации, репродуктивной помощи, наблюдению за населением высокого риска и просвещению принципам здорового образа жизни.

1.4.3 Первичное, вторичное и третичное звено системы

Поликлиники, амбулатории, недавно внедренные сельские врачебные пункты (СВП), медицинские пункты крупных предприятий, женские консультации (которые являются первичным источником службы планирования семьи в городской местности), родильные дома, составляют первичное звено системы здравоохранения в Узбекистане. Основной целью этих учреждений является профилактика и лечение заболеваний, оказание антенатальной помощи и родовспоможения и службы планирования семьи.

Вторичное звено службы здравоохранения представлено специализированным диспансерами, отделениями в поликлиниках и стационарах, в которых по мере необходимости проводятся ранняя диагностика и лечение заболеваний.

Третичное звено системы здравоохранения в Узбекистане призвано оказывать специализированную медицинскую помощь в городских и областных больницах, клиниках медицинских вузов и научно-исследовательских институтов.

---

[2] Фельдшер - это медицинский работник получивший подготовку в качестве среднего медицинского работника (медсестра и акушер), с дополнительной подготовкой по постановке диагноза и фармакологии. Они могут назначать простое лечение и прописывать ограниченное число лекарств в ФАПах, не имеющих штатного врача.

1.4.4 Охрана здоровья матери и ребенка

Охрана здоровья матери и ребёнка в Узбекистане обеспечивается в основном учреждениями первичного и вторичного звена. Почти все роды происходят в условиях родильных домов и в редких случаях, в других медицинских учреждениях, особенно на селе. Антенатальная помощь осуществляется врачом женской консультации в составе поликлиники, а также в сельский амбулаториях, СВП и ФАП, и предусматривает наблюдение за женщинами с первого триместра беременности и затем ежемесячно до самых родов.

Охрана здоровья ребёнка в Узбекистане включает неонатальную помощь с первых дней пребывания матери и ребёнка в родильном доме. После выписки из родильного дома ребёнка посещает патронажная медсестра, которая его осматривает и также консультирует мать по вопросам ухода за ним. Педиатрическая помощь обеспечивается учреждениями первичного звена. В течении первых двух лет жизни, ребенок регулярно приводится матерью к врачу педиатру для осмотра, в это же время ребенок получает вакцинацию, согласно установленного порядка. В случае необходимости, участковый педиатр направляет ребёнка на консультацию к врачу специалисту или на стационарное лечение.

Порядок вакцинации детей в Узбекистане предусматривает введение БЦЖ и оральной полио-вакцины в родильных домах в первые 3-4 дня жизни ребенка. Ревакцинация оральной полиовакциной обычно производится на 2, 3, 4, 16 и 18 месяцы и на 6-7 год жизни ребенка, Порядок вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС или АДС) идентичен порядку введения полиовакцины, за исключением того, что первая АКДС вакцина вводится на 2 месяце жизни ребенка. Вакцины против кори вводятся на 9 и 16 месяцах жизни ребенка. В 1991 году, вакцинация против гепатита Б была внедрена по всей стране. Первая доза дается в момент рождения, вторая и третья дозы даются в 2 и в 9 месяцев (Министерство Здравоохранения, 1993).

1.4.5 Службы Планирования Семьи

Министерство здравоохранения Узбекистана является гарантом обеспечения планировании семьи по всей стране. Основной целью политики планирования семьи является обеспечение безопасного материнства и минимального риска беременности, уменьшение осложнений, связанных с коротким интервалом между беременностями, и патологическими состояниями у женщин репродуктивного возраста.

Министерство здравоохранения Узбекистана руководит широким спектром мероприятий, включая активную разъяснительную работу и обучение методам планирования семьи, обеспечение населения контрацептивами через государственную и частную аптечную сеть, а также рекламу контрацептивных средств. Частный сектор также участвует в маркетинге контрацептивных средств. Министерство здравоохранения Узбекистана рассматривает планирование семьи, как часть общей системы охраны здоровья матери и ребенка и требует, чтобы адекватную помощь в выборе метода контрацепции оказывали только специалисты высокого класса, с большим опытом в области акушерства и гинекологии. В течение последних десяти лет, женщины Узбекистана в основном полагались на внутриматочные средства контрацепции, почти исключительно предпочитая их другим методам.

Искусственные аборты легальны в Узбекистане, если они производятся в течение первых 12 недель беременности.[3] Процедура аборта производится обычно в поликлинике при большой больнице или в родильных домах. Аборты могут проводиться бесплатно, хотя недавно в

[3] В некоторых случаях индуцированные аборты могут быть выполнены после 12 недель при наличии некоторых медицинских или социальных показаний. Данные случаи требуют особого контроля квалифицированного медицинского персонала в больничных условиях (Министерство Здравоохранения, 1996).

некоторых учреждениях за определенную плату стали возможными мини-аборты с использованием метода вакуум-аспирациии. Однако, начиная с середины 1990х годов, Министерство Здравоохранения пропагандирует использование методов планирования семьи в качестве альтернативы индуцированного аборта.

1.4.6 Программа Туберкулеза DOTS

Западный регион Узбекистана (Автономная Республика Каракалпакстан и Хорезмская Область) стали пилотными районами для лечения больных туберкулезом согласно протоколов ВОЗ, известной под названием DOTS (Directly Observed Treatment Short Course).[4] На август 2003 года, программа DOTS была полностью внедрена только в этих двух зонах. Программа DOTS-Plus является стратегией лечения туберкулеза, поли-резистентного ко многим лекарствам (ПРТБ). В октябре 2003 года, в городе Нукус (Каракалпакстан) была открыта новая противо-туберкулезная больница для обслуживания в этом регионе больных с ПРТБ.

1.4.7 Программа по ВИЧ/СПИД

В 1998 году в Узбекистане была внедрена новая вертикальная инфра-структура по предупреждению и лечению ВИЧ инфекции и СПИДа. Республиканский Профилактический Центр по ВИЧ/СПИДу был открыт в Ташкенте с филиалами по всей стране. Центр имеет иммунно-диагностическую лабораторию и лечебные отделения. Основной целью Центра является предупреждение, мониторинг и лечение. Центр предлагает услуги по анонимному добровольному тестированию и консультированию.

1.5 СИСТЕМА СБОРА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ В УЗБЕКИСТАНЕ

Государственной Департамент Статистики при Министерстве Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан является ответственным за проведение переписи населения и осуществление контроля за государственной системой регистрации. Случаи рождения детей, смерти, гражданского брака и развода, регистрируется на местном административном уровне внутреннего паспортного контроля. Эти данные затем направляются в Государственный Департамент по Статистике ("Госкомпрогнозстат") через районные и областные уровни статистических отделов. Последняя перепись населения в Узбекистане проводилась в 1989 г., и результаты переписи были опубликованы в 1990 г. Новая перепись была запланирована на 2000 год, но была отложена в силу финансовых трудностей.

Сбор и анализ данных о здоровье населения Узбекистана является ответственностью Управления Медицинской Статистики Министерства Здравоохранения. Информация о здоровье населения собирается персоналом статистических служб и затем направляется в Статистический Отдел через районные и областные уровни отделов здравоохранения. Статистический Отдел Министерства Здравоохранения проводит сбор и анализ этих данных и публикует ежегодные отчеты под названием *Здоровье населения Республики Узбекистан и Служба Здравоохранения.*

Медицинская информация собирается и публикуется Министерством здравоохранения по следующим основным категориям: 1) Заболеваемость по отдельным видам заболеваний; 2) Смертность по причинам смерти; 3) Детская смертность, включая перинатальную и раннюю неонатальную смертность; 4) Материнская смертность; 5) Здоровье матери и ребенка, включая состояние антенатальной помощи, родовспоможение, аборты, состояние педиатрической службы и т.д.; 6) Сеть медицинских учреждений и медицинские кадры; 7) Состояние отдельных видов медицинского обслуживания, включая онкологическую, фтизиатрическую, психиатрическую,

---

[4] На август 2003 года, программа DOTS считалась полностью внедренной только на этих двух территориях.

кожно-венерологическую и другие виды помощи. Некоторые из этих данных представляются на общенациональном уровне. Эти данные на общенациональном уровне, так же можно найти в Интернете в базе данных ВОЗ *Health for All DataBase*.

1.6 ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

В 1996 году в Узбекистане было проведена Программа Медико-Демографического Исследования (ПМДУ) с основным фокусом на вопросах здоровья матери и ребенка и планирования семьи. В 2000 году, ЮНИСЕФ на общенациональном уровне выполнил исследование Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) с основным фокусом, направленным на репродуктивное здоровье женщин и здоровье и образование детей.

В течение стадии планирования Исследования Здоровья Населения Узбекистана 2002 года, Министерство Здравоохранения выразило особую необходимость в информации относительно здоровья взрослых. В соответсвии с этим требованием, содержание настоящего исследования значительно отличается от содержания исследования (ПМДУ) 1996 года и MICS 2000 года. Данные по здоровью матери и ребенка были собраны, но в меньшем объеме, чем в предыдущих исследованиях, тогда как информация о здоровье взрослого населения была собрана в большем объеме (как например по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, по респираторным болезням, туберкулезу и особенностям стиля жизни [физическая активность, курение и употребление алкоголя]).

В 2002 ИЗНУ так же собиралось расширенное количество данных по биомаркерам для женщин, мужчин и детей. Ниже, в секции 1.8.1, приведены полные списки биомаркеров, собранных в исследовании.

Важным назначением сбора данных в 2002 ИЗНУ было предоставление данных по вопросам здоровья, репрезентативных по общему населению, в отличие от клинических данных.

Исследование Здоровья Населения Узбекистана 2002 (2002 ИЗНУ) было выполнено Информационно-Аналитическим Центром Министерства Здравоохранения Узбекистана. Разработка статистически репрезентативной выборки была выполнена Государственным Департаментом Статистики при Министерстве Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан. Институт Кожных и Венерических Болезней, Ташкент, Узбекистан и Институт Питания, Алматы, Казахстан, проводили лабораторный анализ собранных биологических проб. Агентство США по Международному развитию (USAID) и ЮНИСЕФ/Узбекистан (UNICEF) предоставили финансовое обеспечение исследования. ПРООН/Узбекистан (UNDP) предоставил административную поддержку. Техническая помощь была обеспечена программой MEASURE *DHS+* Отдела медико-демографических исследований ORC Макор Интернешнл Инк., (Калвертон, Мэрилэнд, США).

1.7 РАЗРАБОТКА СТАТИСТИЧЕСКИ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКИ

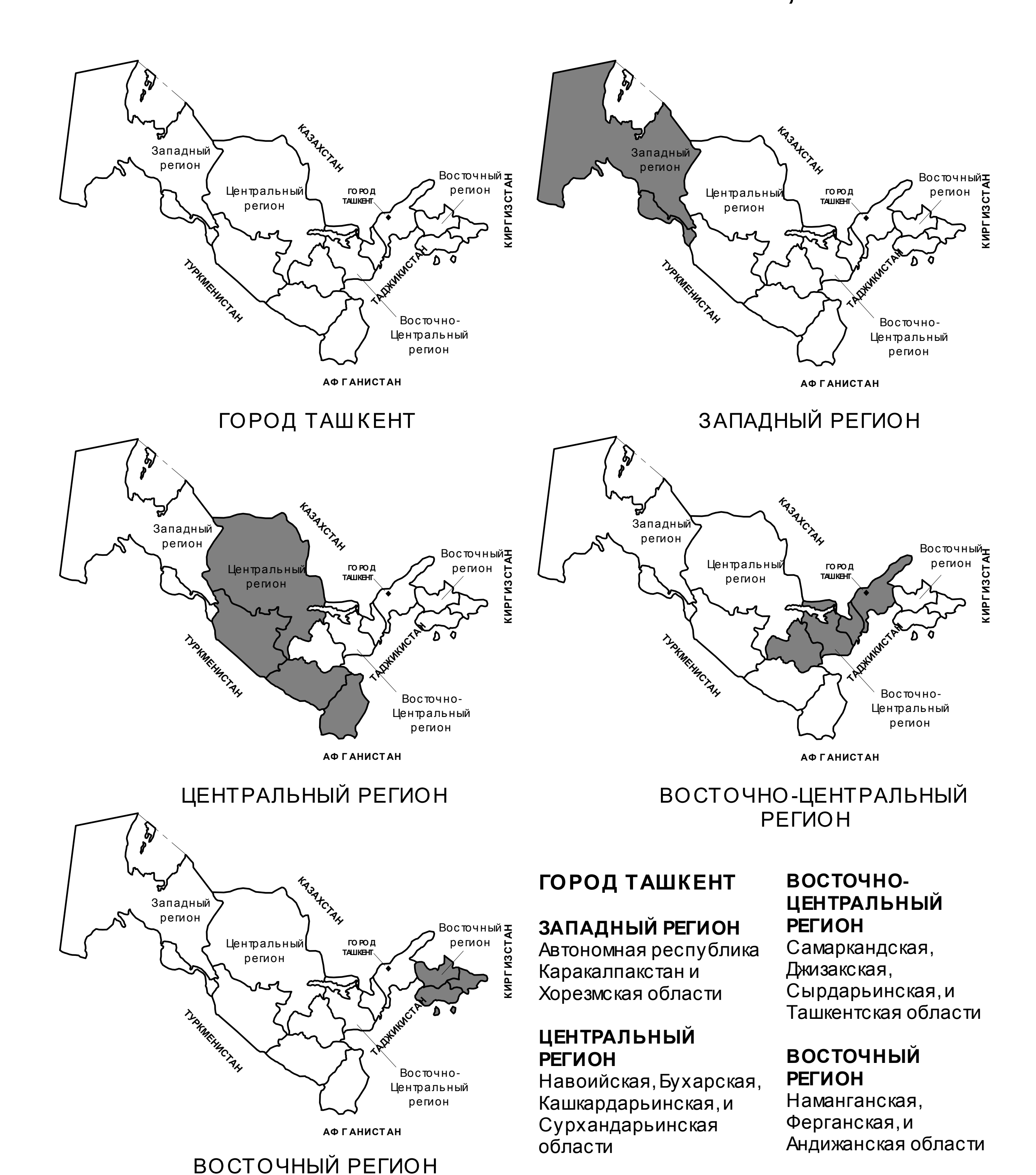
Выборка была разработана с целью обеспечения индикаторов по демографии и здоровью, включая рождаемость и показатели детской смертности, как на общенациональном уровне, так и по городу и селу. Выборка была разработана с учетом обеспечения, по крайней мере, 800 женщин респондентов в каждом из пяти регионов выборки. В добавок, по просьбе Министерства Здравоохранения и ЮНИСЕФ, выборка Республики Каракалпакстан и Ферганской Области были расширены для обеспечения примерно по 800 женщин в каждой из них, в результате чего суммарная выборка составила 5,600 женщин. Показатели рождаемости и другие индикаторы были расчитаны для нижеследующих пяти регионов:

Западный Регион:	Каракалпакстан, Хорезмская область
Центральный Регион:	Навоийская, Бухарская, Кашкадарьинская, Сурхандарьинская области
Восточно-Центральный Регион:	Самаркандская, Джизакская, Сырдарьинская, Ташкентскаяобласти
Восточный Регион:	Наманганская, Ферганская, Андижанская области
Город Ташкент	

Для репрезентативной статистической выборки применялся взвешенный, многоступенчатый, стратифицированный кластерный дизайн выборки. В целом было отобрано 219 кластеров (101 в городской местности и 118 в сельской). Затем в каждом кластере была проведена перепись домовладений. Заключительный отбор, примерно 20 домовладений на кластер, был произведен в главном офисе исследования в Ташкенте, с использованием метода систематического случайного отбора. Заключительная выборка составила 4,385 домовладений. Подробности по выборке приведены в Приложении А.

Все выбранные домовладения, которые были заселены, подлежали опросу с использованием Анкеты Домовладения. Во всех регионах, все женщины в возрасте 15-49 лет в выбранных домовладениях, подлежали опросу по Индивидуальной Анкете Женщин. Критерии отбора мужчин, подлежащих интервьюированию, отличались между городом Ташкентом и остальными регионами. В Ташкенте все мужчины в возрасте 15-59 лет в выбранных домовладениях подлежали опросу, тогда как в четырех оставшихся регионах, мужчины в возрасте 15-59 лет подлежали анкетированию только в каждом третьем домохозяйстве. Обоснованием большего числа отобранных для анкетирования мужчин в Ташкенте, являлась необходимость обеспечения достаточного числа наблюдений, позволяющих сравнение по полу биологических проб, собранных только в городе Ташкенте.

ОБЛАСТНОЙ СОСТАВ РЕГИОНОВ В УЗБЕКИСТАНЕ, 2002



ГОРОД ТАШКЕНТ

ЗАПАДНЫЙ РЕГИОН

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕГИОН

ВОСТОЧНО-ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕГИОН

ВОСТОЧНЫЙ РЕГИОН

ГОРОД ТАШКЕНТ

ЗАПАДНЫЙ РЕГИОН
Автономная республика Каракалпакстан и Хорезмская области

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕГИОН
Навоийская, Бухарская, Кашкардарьинская, и Сурхандарьинская области

ВОСТОЧНО-ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕГИОН
Самаркандская, Джизакская, Сырдарьинская, и Ташкентская области

ВОСТОЧНЫЙ РЕГИОН
Наманганская, Ферганская, и Андижанская области

1.8 ВЫПОЛНЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.8.1 Анкеты

В 2002 ИЗНУ были использованы три анкеты: Анкета Домовладения, Индивидуальная Анкета Женщины и Индивидуальная Анкета Мужчины. Анкеты были разработаны на основе модификации стандартных анкет, принятых в программах медико-демографических исследований MEASURE *DHS*+ и дополнены модулями по здоровью взрослых. Анкеты были одобрены Комитетом экспертов Министерства Здравоохранения в летом 2001 года.

Анкета домовладения состояла из трех частей. Первая часть была предназначена для составления списков членов и посетителей домовладений, а также для сбора социально-экономической информации о домовладениях. Во второй части анкеты домовладения вопросы касались характера жилищных условий, таких как количество комнат, материал, из которого сделан пол, источник питьевой воды, тип туалета, наличие бытовых средств длительного пользования. Третья часть анкеты включала формы записи результатов измерений и биологических проб.

Некоторые биологические пробы были собраны в домовладениях во всех регионах исследования (измерения роста и веса, кровяного давления и капиллярной крови для определения гемоглобина на анемию у детей). В городе Ташкенте и в Ферганской Области дополнительно собиралась венозная кровь и влагалищные мазки. Дополнительные пробы были ограничены специфическими регионами в силу ограниченного финансирования. Таблица 1.1 суммирует информацию по собранным биологическим пробам, показаниям для сбора проб и определяемому индикатору.

Женская анкета была значительно больше мужской анкеты, хотя имелся значительный перехлест по сбору одинаковых сведений в обеих анкетах. Вопросы, включенные в обе анкеты, суммированы в Таблице 1.2.

Таблица 1.1 Сбор биологических проб в ИЗНУ 2002

Сбор биологических проб в зависимости от региона, подлежащих доноров и ожидаемых индикаторов, Узбекистан 2002

Регион	Биопроба	Донор	Индикатор
Все регионы			
	Рост и вес	Женщины, мужчины и дети	Статус питания
	Кровяное давление	Женщины и мужчины	Гипертония
	Капиллярная кровь	Дети	Анемия
Ташкент			
	Капиллярная кровь	Дети	Свинец
	Венозная кровь	Женщины и мужчины	Липиды, гепатит Б, диабет
	Влагалищный мазок	Замужние женщины (в настоящемили прошлом)	Хламидиоз
Ферганская Область			
	Венозная кровь	Дети	Витамин А

Примечание: возрастные границы взятия биопроб: для женщин 15-49 лет; для мужчин, 15-59 лет и для детей, менее 5 лет.

Таблица 1.2 Вопросы, включенные в индивидуальные женские и мужские анкеты ИЗНУ 2002

Вопросы включенные в индивидуальные женские и мужские анкеты и дополнительные вопросы включенные или в женскую или мужскую анкеты

Вопросы, включенные в индивидуальные Анкеты Женщин и Мужчин	Дополнительные вопросы, включенные в Анкету Женщин	Дополнительные вопросы, включенные в Анкету Мужчин
Использование услуг здравоохранения	История беременностей	Отношение к женщине
Травмы	Планирование семьи	
Респираторные состояния	Использование контрацепции	
Туберкулез	Здоровье детей	
Депрессия и употребления алкоголя	Работа женщин	
Брак и сексуальная активность	Статус женщин	
СПИД и венерические болезни		
Курение и использование табака		

1.8.2 Претест анкет исследования

Претест анкет исследования и сбора биологических проб был произведен в ноябре 2001 года. Были использованы две языковые версии анкет, на русском и узбекском языках. Продолжительность претеста составила четыре недели. Первая неделя была посвящена ориентации по вопросам исследования и лекциям. Вторая неделя претеста была сфокусирована на практике интервьюирования в классе. Третья и четвертая недели были посвящены полевым работам. Полевые работы выполнялись в двух городских и в двух сельских местностях. В целом, примерно 100 человек были проинтервьюированы, и биологические пробы были взяты у 52 респондентов.

1.8.3 Организация команд исследования

В сборе информации основного исследования участвовали семь команд интервьюеров. Каждая команда состояла из восьми человек: супервайзор команды, полевой редактор, 5 интервьюеров (4 женщины и 1 мужчина) и лаборант. Мужские и женские интервьюеры в каждой команде были ответственны за: Опрос респонедентов с использованием анкет, и Измерение кровяного давления у мужчин и женщин.

Лаборанты были ответственны за:

Измерение роста и веса у детей, женщин и мужчин,
Тестирование капиллярной крови на анемию у детей,
Тестирование капиллярной крови на свинец у детей (только город Ташкент),
Сбор венозной крови (натощак) у женщин и мужчин (только город Ташкент), и
Вагинальные мазки, самостоятельно взятые женщинами, замужними в любой период жизни (только город Ташкент)
Сбор венозной крови у детей (только Ферганская Область)

Измерения роста и веса, и кровяного давления производились в доме респондента, и результаты немедленно заносились в анкету. Тестирование капиллярной крови на анемию и на свинец у детей производился в момент интервью, и результаты немедленно заносились в анкету.

Анализ венозной крови (на гепатит Б, диабет, липидный спектр и на Витамин А) и анализ вагинальных мазков на хламидиоз требовали лабораторных условий, и пробы были транспортированы с места их сбора в Ташкент и Алматы, Казахстан. Результаты этих анализов были затенсены в базу данных в процессе компьютерной обработки данных.

1.8.4 Обучение и полевые работы

Шестьдесят-пять медицинских работников, в основном врачей, были отобраны и обучены в качестве нитервьюеров исследовательских команд. Начатое 12 августа обучение продолжалось в течение четырех недель, проводилось на русском и узбекском языках и состояло из курса лекций и практических занятий и проведения пробных интервью. Основное обучение проводилось двумя врачами Министерства Здравоохранения, обученными во время претеста. Сотрудники Макро помогали процессу обучения. Четвертая неделя обучения состояла из полевой практики, проведенной на командной основе.

Сбор данных был начат 9 сентября в городе Ташкенте и в течение нескольких последующих дней, в оставшихся четырех регионах. К 15 декабря все команды закончили сбор данных в своих регионах.

1.8.5 Анализ проб в Ташкенте и Алматы

Пробы венозной крови и влагалищных мазков, собранных у респондентов из Ташкента, были транспортированы для лабораторного анализа в Институт Кожных и Венерических болезней в Ташкенте. Две отдельные лаборатории были установлены в Институте: одна - для анализа проб крови на гепатит Б, диабет и липидный спектр, и вторая лаборатория - для анализа проб вагинальных мазков на хламидиоз. Штат института в течение трех недель прошел дополнительную подготовку по проведению анализа проб. Обучение проводили сотрудники Макро Интернэшнл и американского Центра по Контролю и Предупреждению Заболеваний (CDC).

Пробы венозной крови, собранные у детей в Ферганской области для определения статуса витамина А, были транспортированы в Институ Питания в Алматы, Казахстан, в единственную в регионе лабораторию, оснащенную необходимым для проведения анализа оборудованием.

1.8.6 Обработка данных

В процессе сбора данных, заполненные интервьюерами анкеты доставлялись в Ташкент для окончательного редактирования и компьютерного анализа в Информационно-Аналитическом Центре Министерства Здравоохранения. Кроме того, окончательное редактирование включало кодирование ряда категорий ответов, таких как отдельные нозологические формы, характер профессий и другие. Компьютерный анализ данных производился при помощи статистического пакета ISSA (Integrated System for Survey Analysis). Программа для ввода данных была адаптирована на русский язык. Редактирование анкет, как и ввод и анализ данных были проведены в период между сентябрем 2002 и февралем 2003 годов.

1.9 ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ И УРОВНИ ОТВЕТНОСТИ

Таблица 1.3 представляет показатели ответности для 2002 ИЗНУ. В целом 4,385 домовладений было отобрано для женской выборки и 2,094 для мужской. В целом показатель ответности по домохозяйствам был одинаковым для обеих выборок и составил 99 процентов.

В указанных домовладениях были идентифицированы 5,588 женщин, которые соответствовали критериям для индивидуального интервьюирования (лица женского пола в возрасте 15-49 лет, являющиеся постоянными жителями или посетителями данного домовладения, которые провели предыдущую ночь в этом доме) и 2,447 мужчин, которые соответствовали критериям для индивидуального интервьюирования (лица мужского пола в возрасте 15-59 лет во всех отобранных домовладениях в городе Ташкенте и в одной-трети отобранных домовладений за пределами Ташкента).

Таблица 1.3 Результаты интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования

Невзвешенное количество домовладений, количество подлежащих интервьюированию женщин и мужчин, уровень ответности, в зависимости от места проживания, Узбекистан 2002

	Женская выборка			Мужская выборка		
	Место жительства			Место жительства		
	Город	Село	Всего	Город	Село	Всего
Интервьюирование домовладений						
Отобранные домовладения	2,021	2,364	4,385	1,265	829	2,094
Заселенные домовладения	1,896	2,311	4,207	1,198	809	2,007
Проинтервьюированные домовладения	1,865	2,303	4,168	1,178	804	1,982
Уровень ответности домовладений	98.4	99.7	99.1	98.3	99.4	98.8
Индивидуальное интервьюирование						
Количество подлежавших интервьюированию	2,240	3,348	5,588	1,293	1,154	2,447
Количество проинтервьюированных	2,200	3,263	5,463	1,230	1,103	2,333
Индивидуальный уровень ответности	98.2	97.5	97.8	95.1	95.6	95.3
Общий уровень ответности[1]	96.6	97.1	96.9	93.5	95.0	94.2

[1] Общий уровень ответности = (уровень по домовладениям)* (индивидуальный уровень)

Из них, с 5,463 женщинами и 2,333 мужчинами было проведено индивидуальное интервьюирование, что составило 98 процентов от общего числа отобранных для исследования женщин и 95 процентов для мужчин. Основной причиной незаполнения индивидуальной анкеты было отсутствие подлежащих интервьюированию респондентов во время повторных визитов в домовладение.

Общий показатель ответности (произведение показателей ответности по анкете домовладения и индивидуальной анкете) составил 97 процентов для женщин и 94 процента для мужчин.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОМОВЛАДЕНИЙ 2

А.М. Хаджибаев и Х. Ньюби

Данная глава предоставляет краткое описание демографических и социально-биологических факторов, относящихся к домовладениям в ИЗНУ 2002 года, и включающих возраст, пол, место жительства, уровень образования и характеристики домовладений. Собранная информация по характеристикам домовладений и респондентов является важной для понимания и интерпретации данных, полученных в результате исследования, и также представляет индикаторы репрезентативности исследования.

Домовладение определяется как лицо или группа лиц, связанных и не связанных родственными отношениями, проживающих совместно в одной единице жилья или в сопредельных помещениях, которые признают одного из взрослых членов главой данного домовладения, и которые имеют общие места для приготовления и потребления пищи. При сборе информации обо всех проживающих в единице жилья, а также гостях, которые провели предшествующую ночь в домовладении, была использована Анкета Домовладения вышеуказанного исследования. Данный метод сбора данных позволяет проанализировать либо статус населения де-юре (основные проживающие), либо статус населения де-факто (те, кто находились там во время проведения исследования).

2.1 НАСЕЛЕНИЕ ПО ПОЛО-ВОЗРАСТНОМУ СОСТАВУ

Возраст и пол являются важными демографическими факторами и основной базой демографической классификации по социально-биологическим факторам в переписях населения и исследованиях. Они также являются важными переменными в вопросах изучения смертности, рождаемости и здоровья. В таблице 2.1 указано процентное распределение населения де-факто по

Таблица 2.1 Население домовлавдений в зависимости от возраста, места жительства и пола

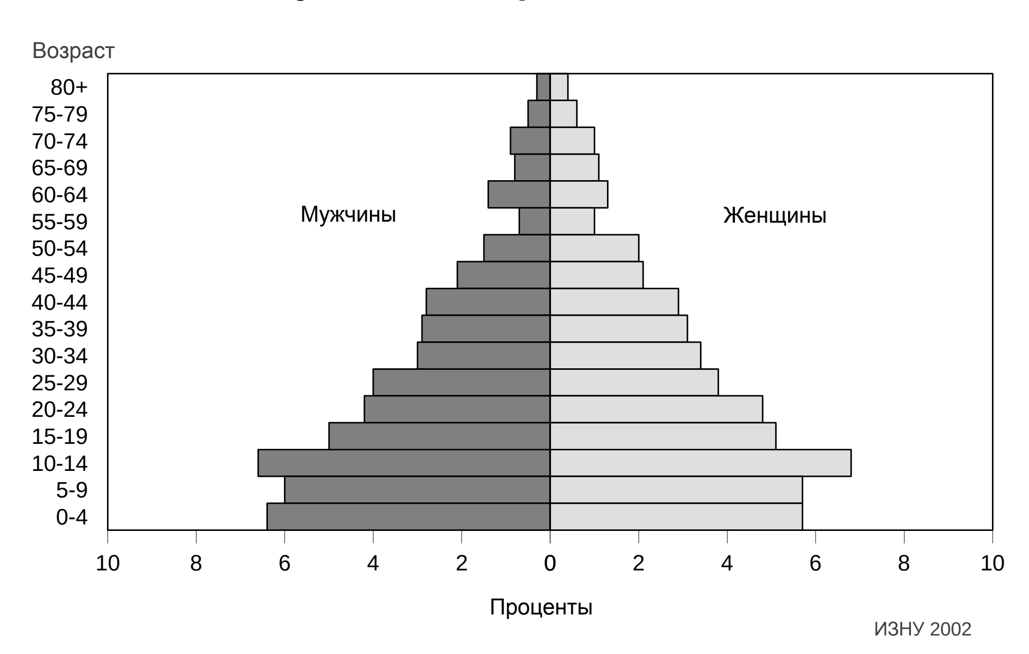
Процентное распределение населения де-факто по 5-летним возрастным группам в зависимости от места жительства и пола, Узбекистан 2002

	Город			Село			Всего		
Возраст	Мужс.	Женск.	Всего	Мужс.	Женск.	Всего	Мужс.	Женск.	Всего
<5	12.3	10.1	11.2	13.4	11.9	12.6	13.0	11.1	12.1
5-9	12.9	10.9	11.9	11.7	11.3	11.5	12.2	11.1	11.6
10-14	12.2	12.3	12.2	14.1	14.0	14.0	13.3	13.3	13.3
15-19	10.1	8.8	9.4	10.3	10.8	10.6	10.2	10.0	10.1
20-24	7.6	8.1	7.9	9.3	10.4	9.8	8.6	9.5	9.1
25-29	7.4	7.5	7.4	8.5	7.4	8.0	8.1	7.4	7.8
30-34	6.9	7.3	7.1	5.8	6.3	6.0	6.2	6.7	6.4
35-39	5.9	6.6	6.3	5.7	5.9	5.8	5.8	6.2	6.0
40-44	5.8	6.2	6.0	5.5	5.4	5.4	5.6	5.7	5.7
45-49	4.6	5.2	4.9	4.0	3.5	3.8	4.3	4.2	4.2
50-54	3.8	4.5	4.1	2.6	3.6	3.1	3.0	4.0	3.5
55-59	1.5	2.6	2.1	1.3	1.6	1.5	1.4	2.0	1.7
60-64	3.5	3.3	3.4	2.6	2.2	2.4	2.9	2.6	2.8
65-69	1.9	2.3	2.1	1.4	2.1	1.8	1.6	2.2	1.9
70-74	1.7	2.2	1.9	2.0	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9
75-79	1.1	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.1
80 +	0.7	1.1	0.9	0.5	0.7	0.6	0.6	0.9	0.7
Не знают/пропущено	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	4,169	4,456	8,625	6,631	6,738	13,368	10,800	11,194	21,994

5-летним возрастным группам, в зависимости от места жительства в городе-селе и по полу. Данная информация использована для построения пирамиды населения на рисунке 2.1.

Население де-факто полностью составило 21,994 человек. Данные показывают, что женщины составляют 51 процент населения. Более половины (57 процентов) населения составляют возрастную группу от 15 до 64 лет, также относящихся к экономически активной части населения. Приблизительно один из четырех человек (37 процентов) – это ребенок возрастной группы до 15 лет. Структура молодого возрастного состава Узбекистана показана в рисунке 2.1.

Рисунок 2.1 Пирамида неселения



2.2 СОСТАВ ДОМОВЛАДЕНИЙ

Информация относительно состава домовладения, особенно по полу главы домовладения и размеров домовладения, представлена в таблице 2.2. Эти характеристики являются важными, так как они ассоциируют с аспектами благосостояния домовладения. Возглавляемые женщинами домовладения, например, обычно беднее домовладений, которые возглавляются мужчинами. Большие домовладения, в основном, перенаселенны, что ассоциирует с неблагоприятными для здоровья условиями.

В основном, домовладения в Узбекистане возглавляются мужчинами (80 процентов). Однако, в городской местности соотношение возглавляемых женщинами домовладений вдвое больше (29 процентов), чем в сельской местности (14 процентов). Среднее домовладение состоит из 5.4 человек. Данные показывают, что домовладения в сельской местности (5.9 членов) значительно больше городских домовладений (4.7 членов).

Таблица 2.2 Состав домовладений

Процентное распределение домовладений по полу главы домовладения и размеру домовладений, в зависимости от места жительства, Узбекистан 2002

Характеристика	Место жительства: Город	Место жительства: Село	Всего
Пол главы домовладения			
Мужской	70.9	86.5	79.5
Женский	29.1	13.5	20.5
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество постоянных членов домовладения			
0	0.2	0.0	0.1
1	7.2	2.2	4.4
2	11.2	3.3	6.9
3	12.5	6.3	9.1
4	18.1	14.2	16.0
5	19.3	20.4	19.9
6	14.5	20.4	17.7
7	7.0	12.6	10.1
8	4.2	8.0	6.3
9+	5.7	12.7	9.5
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество домовладений	1,863	2,305	4,168
Среднее количество	4.7	5.9	5.4

Примечание: Таблица основана на количестве де-юре членов, т.е. постоянных жителей.

2.3 ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ ДЕТЕЙ И ДЕТИ-СИРОТЫ

Детальная информация о жилищных условиях и сиротстве детей до 15 лет представлена в таблице 2.3. Там показано, что значительное большинство (90 процентов) детей до 15 лет живут с обоими родителями. Доля детей, живущих с обоими родителями, больше в сельской местности (94 процентов), чем в городской местности (83 процента). В частности, только 76 процентов детей в Ташкенте живут с обоими родителями. На национальном уровне, 9 процентов детей живут только с одним из родителей, в большинстве случаев с матерью. Практически отсутствуют дети – сироты (0.1 процента), то есть случаи, где оба родителя умерли.

Таблица 2.3 Жилищные условия детей и дети-сироты

Процентное распределение де-юре детей до 15 лет по организации проживания и наличию живых или умерших родителей, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Живут с обоими родителями	Живут с матерью, но не с отцом		Живут с отцом, но не с матерью		Не живут ни с одним из родителей				Пропущена информация об отце/матери	Всего	Количество детей
		Отец жив	Отец умер	Мать жива	Мать умерла	Оба живы	Жив только отец	Жива только мать	Оба умерли			
Возраст												
<2	94.8	3.9	0.1	0.1	0.0	0.8	0.2	0.1	0.0	0.2	100.0	928
2-4	92.4	4.5	0.9	0.3	0.0	1.7	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	1,463
5-9	90.4	5.7	1.3	0.6	0.4	1.0	0.3	0.2	0.0	0.0	100.0	2,509
10-14	85.9	5.7	4.1	1.0	1.0	1.5	0.1	0.0	0.3	0.5	100.0	2,959
Пол												
Мужской	89.7	4.9	2.0	0.7	0.5	1.4	0.2	0.1	0.2	0.2	100.0	3,998
Женский	89.5	5.7	2.2	0.5	0.5	1.2	0.1	0.1	0.1	0.2	100.0	3,862
Место жительства												
Город	82.6	9.4	3.4	0.9	0.5	2.1	0.3	0.2	0.2	0.5	100.0	2,890
Село	93.7	2.9	1.4	0.5	0.5	0.9	0.1	0.0	0.1	0.1	100.0	4,970
Регион												
Западный	86.9	4.6	3.2	2.1	0.9	1.8	0.1	0.1	0.1	0.2	100.0	1,002
Центральный	90.7	5.1	1.9	0.4	0.7	0.4	0.2	0.0	0.3	0.3	100.0	2,041
Восточно-Центральный	91.0	4.4	1.7	0.5	0.3	1.4	0.2	0.1	0.0	0.4	100.0	2,190
Восточный	91.9	3.8	2.2	0.4	0.4	1.2	0.1	0.1	0.1	0.0	100.0	2,085
Город Ташкент	75.6	16.6	2.4	0.0	0.2	4.0	0.7	0.5	0.0	0.0	100.0	541
Регионы расширенной выборки												
Каракалпакстан	87.6	4.1	3.0	2.0	0.7	1.9	0.0	0.2	0.2	0.3	100.0	560
Ферганская Область	1.7	3.5	1.5	0.2	0.8	2.1	0.0	0.0	0.1	0.0	100.0	918
Всего	89.6	5.3	2.1	0.6	0.5	1.3	0.2	0.1	0.1	0.2	100.0	7,860

2.4 ОБРАЗОВАНИЕ

Образовательный уровень членов семейств является важным определяющим фактором их возможностей и образа жизни. Многие явления, такие, например, как пользование медицинскими учреждениями, репродуктивное поведение, здоровье детей и соответствующие санитарно-гигиенические привычки, ассоциируют с образовательным уровнем членов семейств, особенно женщин.

2.4.1 Школьная система в Узбекистане

Школьная система Узбекистана имеет три уровня. Первый уровень- начальное образование, с первого по четвертый класс, для детей в возрасте от 7 до 10 лет. Второй уровень или неполная средняя школа с пятого по девятый класс дает образование детям от 11 до 15 лет. Первые два уровня являются обязательным образованием. Средняя школа, третий уровень школьного образования, включает в себя десятый и одиннадцатый классы. Следует отметить, что образовательная система была изменена в 1996 году; до этого обучение с первого по восьмой класс было обязательным, а с девятого по десятый – составляло среднее образование.

По окончании, как минимум, восьми классов средней школы учащиеся могут пойти учиться в технические училища для получения среднего технического образования. Система средних профессиональных училищ обеспечивает возможность получения среднего технического образования в течение двух – трех лет обучения. Количество лет профессионального образования зависит от учебного плана того или иного образовательного учреждения.

Учащиеся, закончившие среднюю школу с первого по одинадцатый класс, могут поступить в университет. Университетское образование и обучение в аспирантуре дает возможность подготовить специалистов более высокого уровня.

2.4.2 Образовательный уровень населения домовладений

В таблице 2.4 представлена информация об образовательном уровне населения Узбекистана в возрасте от 7 лет и выше. Фактически все посещали школу. Медиана количества лет обучения в школе составляет почти девять лет, как для женщин, так и для мужчин. Уровень образования лиц, проживающих в городской местности значительно выше уровня образования лиц, проживающих в сельской местности. Приблизительно, один из четырех человек как мужского, так и женского пола в городе Ташкент посещал университет. Пропорция населения без образования очень низкая, и больше таковых наблюдается среди людей 65 лет и старше.

Данные по чистому коэффициенту посещаемости (ЧКП) и валовому коэффициенту посещаемости (ВКП) в зависимости от уровня образования, пола, места жительства и региона представлены в таблице 2.5. Чистый коэффициент посещаемости означает школьное участие в начальной/неполной средней школе среди детей в возрасте от 7 до 15 лет. Валововый коэффициент посещаемости показывает школьное участие среди всех в возрасте от 6 до 24 лет. ВКП, как правило, всегда выше ЧКП того же уровня, потому что ВКП включает участие молодых людей, которые могут быть моложе или старше официального возраста данного уровня[1]. Стопроцентный ЧКП мог бы показать, что все дети официального школьного возраста посещают определенный уровень школы. ВКП может превышать 100 процентов, если отмечается значительный процент детей, старше или младше официального школьного возраста на том или ином уровне образования.

[1] Молодежь старше данного уровня образования могла начать обучение в более страшем возрасте или оставалась на второй год обучения, или могла бросить школу, а затем возобновить обучение.

Таблица 2.4 Уровень образования населения домовладений

Процентное распределение де-факто мужского и женского населения 7 лет и старше и по наивысшему уровню полученного или законченного образования, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Нет образования	Некоторые начальное/ неполное среднее	Законченные Начальное /неполное среднее[1]	Среднее	Среднее специальное	Высшее	Не знают/ пропущено	Всего	Количество	Среднее количество лет
МУЖЧИНЫ										
Возраст										
7-9	1.6	98.1	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	100.0	771	0.9
10-14	0.1	93.3	5.6	1.0	0.1	0.0	0.0	100.0	1,441	4.7
15-19	0.9	2.8	17.7	57.1	17.9	3.6	0.0	100.0	1,107	8.6
20-24	0.5	0.5	5.5	63.4	18.4	11.7	0.0	100.0	933	9.9
25-29	0.1	0.3	7.7	63.3	17.7	10.9	0.0	100.0	874	9.8
30-34	0.5	0.3	5.5	60.2	18.2	15.3	0.0	100.0	670	9.6
35-39	0.4	0.1	3.9	54.3	21.8	19.4	0.0	100.0	628	9.7
40-44	0.2	0.5	5.2	48.1	21.3	24.7	0.0	100.0	608	9.8
45-49	0.0	0.0	5.4	49.8	22.1	22.6	0.0	100.0	459	9.8
50-54	0.0	2.3	6.6	41.6	23.9	25.4	0.2	100.0	329	10.1
55-59	0.9	6.0	3.8	40.1	29.0	20.2	0.0	100.0	153	9.8
60-64	1.8	13.7	10.1	34.7	17.0	22.7	0.0	100.0	317	9.6
65+	12.0	42.4	6.3	18.9	8.6	11.2	0.6	100.0	564	6.6
Место жительства										
Город	1.1	25.8	6.8	35.7	15.0	15.6	0.0	100.0	3,416	9.1
Село	1.4	28.7	6.9	41.5	13.4	8.1	0.1	100.0	5,438	8.6
Регион										
Западный	1.1	26.6	7.5	38.8	16.8	9.1	0.1	100.0	1,115	8.8
Центральный	1.6	31.1	6.7	35.4	14.2	10.9	0.0	100.0	2,094	8.4
Восточно-Центральный	1.3	28.7	6.6	39.6	12.6	11.2	0.1	100.0	2,383	8.9
Восточный	1.1	26.2	6.5	44.5	14.1	7.6	0.0	100.0	2,531	8.9
Город Ташкент	0.8	20.6	8.3	31.5	13.7	25.0	0.2	100.0	731	9.5
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	1.2	26.9	6.8	38.6	17.9	8.6	0.0	100.0	644	8.5
Ферганская Область	0.3	28.8	7.1	40.0	14.8	9.0	0.0	100.0	1,082	9.0
Всего	1.3	27.6	6.9	39.2	14.0	11.0	0.0	100.0	8,854	8.9
ЖЕНЩИНЫ										
Возраст										
7-9	2.0	98.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	752	0.8
10-14	0.4	91.1	7.5	0.8	0.1	0.0	0.1	100.0	1,490	4.8
15-19	0.9	3.0	16.6	58.9	16.7	4.0	0.0	100.0	1,123	8.7
20-24	0.3	0.6	8.1	64.3	19.1	7.6	0.0	100.0	1,062	9.9
25-29	0.6	0.4	9.2	61.8	18.9	9.1	0.0	100.0	832	9.8
30-34	0.3	0.6	4.3	56.4	26.6	11.8	0.0	100.0	745	9.6
35-39	0.0	0.4	7.2	55.1	22.7	14.5	0.0	100.0	692	9.6
40-44	0.5	0.5	5.2	56.9	19.7	17.2	0.0	100.0	636	9.7
45-49	0.5	0.9	12.4	48.2	20.0	18.0	0.0	100.0	471	9.6
50-54	1.3	7.1	14.7	50.1	15.4	11.5	0.0	100.0	442	9.5
55-59	2.1	17.9	15.1	37.7	17.1	10.0	0.0	100.0	226	9.3
60-64	4.7	44.2	15.1	18.3	7.1	9.8	0.8	100.0	294	7.0
65+	16.6	52.8	7.9	11.3	4.0	6.0	1.4	100.0	684	5.9
Место жительства										
Город	1.3	25.7	8.0	31.5	19.2	14.1	0.1	100.0	3,792	9.1
Село	2.4	30.7	9.3	44.2	9.7	3.4	0.1	100.0	5,659	8.4
Регион										
Западный	1.4	29.0	7.9	38.4	15.7	7.6	0.1	100.0	1,180	8.7
Центральный	2.6	30.8	8.2	40.9	12.4	4.9	0.2	100.0	2,239	8.7
Восточно-Центральный	2.3	30.9	10.2	37.2	12.8	6.4	0.1	100.0	2,523	8.4
Восточный	1.8	28.1	8.9	43.1	11.7	6.2	0.2	100.0	2,655	8.9
Город Ташкент	0.7	18.3	7.2	28.5	21.5	23.7	0.1	100.0	854	9.7
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	1.7	28.5	8.5	34.7	18.4	8.3	0.0	100.0	653	8.4
Ферганская Область	0.8	29.4	9.1	41.7	12.0	6.9	0.1	100.0	1,105	8.7
Всего	2.0	28.7	8.8	39.1	13.5	7.7	0.1	100.0	9,451	8.8

[1] Закончено 8 лет начальной/неполной средней школы.

Примечание: “Всего” включает 3 женщин, для которых информация о возрасте отсутствует.

Таблица 2.5 Коффициенты посещаемости

Чистые(NET) коэффициенты посещаемости (ЧКП) и валовые(GROSS) коэффициенты посещаемости (ВКП) для де-юре населения домовладений в соответствии с уровнем образования и полом, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологичеcке факторы	Чистый коэффициент посещаемости [1]			Валовый коэффициент посещаемости [2]			Индекс Равенства Полов [3]
	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.	Всего	
НАЧАЛЬНАЯ/НЕПОЛНАЯ СРЕДНЯЯ ШКОЛА							
Место жительства							
Город	94.9	95.1	95.0	100.3	99.5	99.9	0.99
Село	96.0	95.4	95.7	99.0	98.5	98.8	1.00
Регион							
Западный	94.3	94.0	94.2	99.5	97.8	98.6	0.98
Центральный	96.4	95.8	96.1	99.5	99.6	99.6	1.00
Восточно-Центральный	95.5	94.6	95.0	100.2	97.2	98.7	0.97
Восточный	96.3	96.8	96.6	99.8	100.7	100.2	1.01
Город Ташкент	91.9	91.9	91.9	95.3	97.5	96.3	1.02
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	95.3	94.3	94.8	100.9	98.3	99.6	0.97
Ферганская Область	97.5	98.3	97.9	101.0	103.1	102.0	1.02
Всего	95.6	95.3	95.4	99.5	98.9	99.2	0.99

[1] ЧКП-это процент населения в возрасте начальной/средней школы (7-15 лет), которые посещают начальную/неполную среднюю школу. По определению, ЧКП не может превышать 100 процентов.

[2] ВКП-это общее количество учеников в начальной/неполной средней школе, выраженное как процент населения в возрасте официального населения начальной/средней школы. При наличии значительного количества учеников возраста ниже или выше для данного уровня обучения, ВКП может превысить 100 процентов.

[3] Индекс Равенства Полов- пропорциональное соотношение ВКП лиц женского пола к ВКП лиц мужского пола на уровне начальной/средней школы.

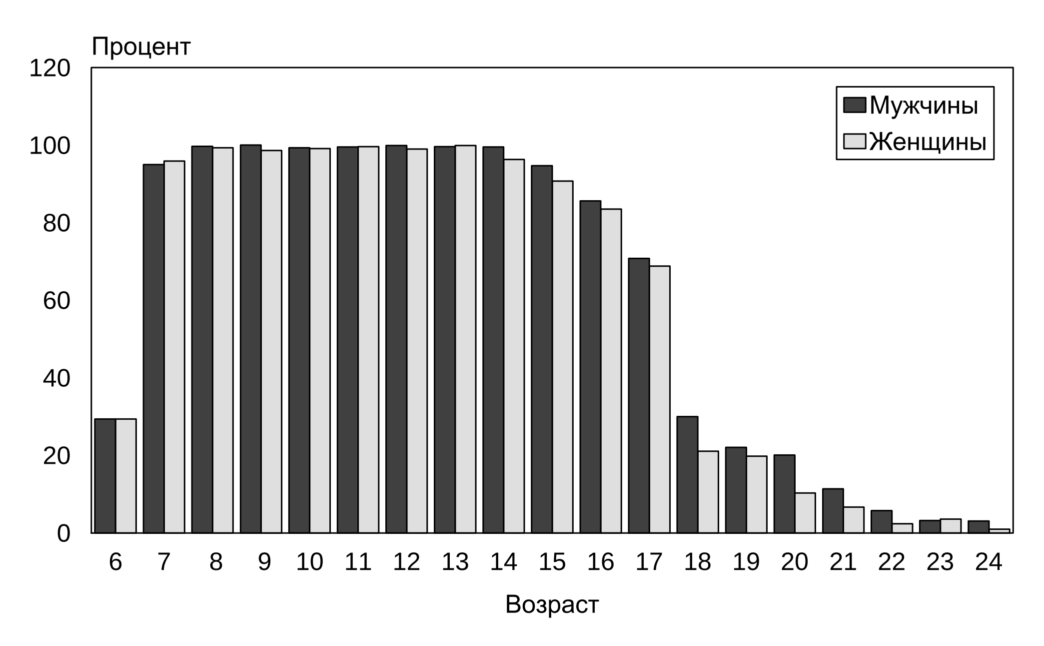
В Узбекистане отмечается высокий уровень посещаемости учебных заведений среди членов домовладений школьного возраста. ЧКП для начальной/неполной средней школы составляет 95 процентов, и ВКП – 99 процентов. Это указывает на наличие приблизительно 4 процентов учащихся младше или старше определенного возраста. Существует небольшая разница в зависимости от социально-биологических факторов.

Индекс Равенства Полов представляет собой пропорциональное соотношение Валового Коэффициента Посещаемости лиц женского пола к Валовому Коэффициенту Посещаемости лиц мужского пола. Данный индекс представлен для уровня начальной/неполной средней школы и предлагает краткое определение величины, по которой определяется разница коэффициента посещаемости по полу. Индекс Равенства Полов менее 1 указывает на то, что меньшее количество лиц женского пола посещают школу, по сравнению с лицами мужского пола. В целом, Индекс Равенства Полов составляет 0.98 на уровне начальной/неполной средней школы. Существует небольшое различие в зависимости от городской-сельской местности. Индекс Равенства Полов для уровня начальной/неполной средней школы ниже в Восточно-Центральном и Восточном регионах страны (0.96).

Рисунок 2.2 показывает повозрастной коэффициент посещаемости (ПВКП) по полу среди населения в возрасте от 6 до 24 лет. КП определяет школьное участие на любом уровне, от начального до высшего образования. Чем ближе данный коэффициент к 100-процентному показателю, тем выше процент людей данной возрастной группы, посещающих школу. В Узбе-

кистане практически все возрастные группы начальной и неполной средней школы (от 7 до 15 лет) посещают школы, и не существует большой разницы по полу. Среди населения возраста средне-технического образования (от 16 до 17 лет) коэффициент посещаемости начинает падать. Начиная с 18-летнего возраста, посещаемость значительно снижается, и следует отметить, что более высокая доля лиц мужского пола в возрастной группе от 18 лет и старше посещают школы, по сравнению с долей женщин.

Рисунок 2.2 Повозрастное распределение посещающих учебные заведения



Представленные в таблице 2.6 коэффициенты частоты повторного обучения и прекращения обучения, описывают продвижение обучающихся через школьную систему. Коэффициенты повторного обучения и прекращения обучения часто различаются по классам, обозначая промежутки в школьной системы, в которых обучающиеся не переходят в следующий класс. В Узбекистане очень низкий коэффициент повторного обучения с первого по восьмой класс, что показывает, что повторное обучение в системе обязательного образования практически отсутствует. Коэффициент прекращения обучения также низок для восьмого класса и ниже. Данные показывают, что 16 процентов школьников прекращают обучение, по крайней мере, временно после девятого класса школы, то есть после завершения обязательного образования.

Таблица 2.6 Коэффициенты частоты повторного обучения и прекращения обучения

Коэффициенты повторного обучения и прекращения обучения для де-юре населения домовладений возраста 6-24 лет в соответствии с классом обучения, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологическе факторы	Год (класс) обучения								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
КОЭФФИЦИЕНТ ПОВТОРНОГО ОБУЧЕНИЯ[1]									
Пол									
Мужской	0.0	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0
Женский	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Местожительства									
Город	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Село	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0
Регион									
Западный	0.0	0.6	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Центральный	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Восточно-Центральный	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0
Восточный	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ташкент	(0.0)	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Регионы Расширенной выборки									
Каракалпакстан	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ферганская Область	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Всего	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
КОЭФФИЦИЕНТ ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ [2]									
Пол									
Мужской	0.6	0.7	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	14.7
Женский	0.1	0.8	4.1	1.9	0.1	0.0	0.0	0.5	16.8
Местожительства									
Город	0.0	0.9	2.9	1.6	0.0	0.0	0.0	1.0	18.5
Село	0.5	0.6	2.5	0.6	0.1	0.0	0.0	0.2	14.2
Регион									
Западный	0.5	0.6	7.6	0.8	0.4	0.0	0.0	1.5	19.0
Центральный	0.0	0.0	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	14.3
Восточно-Центральный	0.0	0.9	2.9	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	22.0
Восточный	1.0	1.3	0.6	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.0
Ташкент	(0.0)	(0.0)	1.8	(2.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	16.1
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	0.9	1.3	1.7	1.6	0.8	0.0	0.0	2.6	23.7
Ферганская Область	0.0	0.8	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0
Всего	0.3	0.7	2.6	1.0	0.1	0.0	0.0	0.5	15.8

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.
[1] Коэффициент повторного обучения-это процент учеников на данном уровне обучения за прошлый год, которые повторно обучаются на этом же уровне в текущем школьном году.
[2] Коэффициент прекращения обучения-это процент учеников на данном уровне обучения за прошлый год, которые не посещают (бросили) учебное заведение в текущем школьном году.

2.5 ХАРАКТЕРИСТИКА ДОМОВЛАДЕНИЯ

Для оценки социально-экономических условий проживания населения, респондентов спрашивали специфическую информацию относительно их домовладения. Таблицы 2.7 и 2.8 содержат информацию по основным характеристикам по городскому/сельскому месту проживания. Вид источников питьевой воды, санитарные удобства, а также тип материалов для полов и стен являются характеристиками, которые влияют на здоровье членов семей, в особенности детей. Они также определяют социально-экономический статус домовладений.

Практически у всех семей в Узбекистане есть электричество (99,7 процентов). Хотя обеспечение электричеством не отличается между городской и сельской местностью, большинство других характеристик домовладений значительно различаются в зависимости от места жительства; городские жители живут в лучших санитарных условиях, чем сельские жители.

Источник питьевой воды обычно определяет ее качество. Большинство домовладений в стране имеют водопроводную воду (54 процента). В городской местности у 85 процентов домовладений есть водопроводная вода, по сравнению с 29 процентами домовладений в сельской местности. Наиболее распространенным источником воды в сельской местности является общественный водопровод (33 процента). Три четверти всех домовладений (76 процентов) в Узбекистане находятся в 15 минутах ходьбы от ближайшего источника воды.

Одним из показателей санитарных условий является тип туалета в домовладении. В Узбекистане наиболее распространенными являются туалеты в виде ямы, о наличии которых сообщили 89 процентов домовладений в сельской местности и 44 процента в городской местности. Тем не менее, почти у половины городских домовладений (49 процент) имеется смывной туалет, т.е. унитаз с бочком.

Во время проведения исследования, интервьюеры отмечали основной тип строитель-

Таблица 2.7 Характеристики домовладений

Процентное распределение домовладений по основным характеристкам, в зависимости от места жительства, Узбекистан 2002

Характрестики домовладений	Место жительства: Город	Место жительства: Село	Всего
Электричество			
Да	99.9	99.5	99.7
Нет	0.1	0.5	0.3
Всего	100.0	100.0	100.0
Источник питьевой воды			
Водопровод внутри жилища	85.0	29.3	54.2
Водопровод во дворе	10.9	33.0	23.1
Открытый колодец в жилище	0.3	3.9	2.3
Защищенный колодец в жилище	0.6	11.0	6.4
Общий колодец	0.3	4.5	2.6
Естественный Источник	0.6	2.9	1.9
Река/ручей	0.5	3.3	2.1
Пруд/озеро/искусственный водоем	0.7	4.3	2.7
Автоцистерна	0.7	6.0	3.6
Другое	0.3	1.7	1.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Время ходьбы до источника (мин)			
<15 минут (%)	91.1	64.1	76.2
Тип туалета			
Унитаз с бочком	49.4	0.2	22.2
Традиционный туалет с ямой	43.8	89.0	68.8
Вентилируемая благоустроенная уборная с ямой	6.7	10.7	8.9
Не имеется/кусты/поле	0.0	0.0	0.0
Пропущено	0.1	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0
Тип пола			
Земля, песок	4.2	25.5	16.0
Деревянные доски	10.2	20.4	15.9
Паркет, полированный пол	67.7	51.9	59.0
Винил, линолеум	14.7	0.8	7.0
Цемент	2.9	0.9	1.8
Другое	0.3	0.5	0.4
Всего	100.0	100.0	100.0
Основной материал стен			
Стены из глины	15.1	56.9	38.2
Необожженный кирпич	26.6	29.6	28.2
Бетон	29.6	2.6	14.7
Обожженыый кирпич	27.3	7.8	16.5
Другое	1.2	3.1	2.2
Пропущено	0.2	0.0	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Тип топлива для приготовления пищи			
Электричество	2.1	2.4	2.3
Сжиженный/природный газ	93.7	70.2	80.7
Дрова, солома	2.5	22.9	13.7
Кизяк	0.0	4.1	2.3
Другое	1.8	0.4	1.0
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество домовладений	1,863	2,305	4,168

ного материала, используемого при строительстве полов и стен в каждом домовладении. В городской местности, у 82 процентов домовладений был отделанный пол (паркет, полированный пол, виниловое покрытие или линолеум), также как и у 53 процентов в сельской местности. Однако, в сельской местности в 20 процентах домовладений были деревянные доски в качестве пола, а еще у 26 процентов- земляные полы. Кроме того, в большинстве домовладений в сельской местности основным видом материала для стен является глина (57 процента) или необоженный кирпич (30 процентов), тогда как стены в городских домовладениях преимущественно построены из бетона (30 процентов) и обожженного кирпича (27 процента).

Для приготовления пищи практически все домовладения используют природный газ (81 процент). Однако, следует отметить, что в сельской местности около четверти домашних хозяйств готовят при помощи дров или соломы (23 процента), а дополнительные 4 процента- при помощи сжигания кизяка.

2.5.1 Наличие бытовых средств в домовладениях

Наличие бытовых товаров длительного пользования является непосредственной мерой социально-экономического статуса домовладения. Таблица 2.8 предоставляет информацию о владении различными бытовыми товарами длительного пользования и видами транспорта.

Таблица 2.8 Бытовые товары длительного пользования

Процент домовладений, имеющих различные бытовые товары длительного пользования, в зависимости от места жительства, Узбекистан 2002

Бытовые товары длительного пользования	Место жительства: Город	Место жительства: Село	Всего
Радио	47.5	33.8	40.0
Телевизор	92.7	88.5	90.4
Телефон	58.7	9.6	31.5
Холодильник	74.7	35.6	53.1
Морозильник	5.9	0.6	3.0
Стиральная машина	42.7	18.0	29.0
Пылесос	26.9	4.6	14.6
Магнитофон	45.4	29.9	36.8
Видео-магнитофон	21.3	7.9	13.9
Фотоаппарат	9.9	2.4	5.8
Спутниковая антенна (тарелка)	2.5	0.5	1.4
Швейная машина	49.3	59.0	54.7
Персональный компьютер	1.8	0.0	0.8
Кондиционер	14.8	3.2	8.4
Велосипед	20.4	34.0	27.9
Мотоцикл	3.6	10.3	7.3
Машина/грузовик	24.7	21.5	23.0
Лодка	0.2	0.1	0.2
Ничего из перечисленного	2.0	4.6	3.5
Количество домовладений	1,863	2,305	4,168

Городские домовладения, как правило, чаще владеют одним из перечисленных бытовых товаров, за исключении швейных машин. Как в городской, так и в сельской местности, имеется доступ к средствам массовой информации. В целом, у 90 процентов всех домовладений есть телевизор, а у 40 процентов- радио. В городских домовладениях, в отличии от сельских, лучший доступ к коммуникациям; телефон есть у 10 процентов в сельских поселениях, по сравнению с 59 процентами городских домовладений, имеющих телефон. Семьи в городской местности также более склонны иметь холодильник (75 процентов) и отдельную морозильную камеру (6

процентов), в отличии от семей в сельской местности (36 и 1 процент, соответственно). Наличие холодильника или морозильной камеры важно, так как они сохраняют пищу свежей и предотвращают пищевые заболевания. Почти у четверти домовладений имеется автомобиль или грузовик (23 процента), и у 7 процентов- мотоцикл. Дополнительные 28 процентов имеют велосипед.

2.5.2 Уровень бедности

В после-советской переходной экономике трудно определить социально-экономический статус домовладения только посредством анализа владения бытовой техникой. Для лучшего понимания уровня благосостояния домовладений, респондентам была задана серия вопросов о финансовом состоянии их домовладения.

Таблица 2.9 Оценка финансовых возможностей домовладения

Процент домовладений, у которых были проблемы с оплатой счетов, процент вынужденных занимать деньги в течение 12 месяцев, предшествоваших исследованию, и процент домовладений, способных достать 80,000 сум за одну неделю, Узбекистан 2002

	Место жительства		
	Город	Село	Всего
Проблемы с оплатой счетов	44.2	42.9	43.5
Вынуждены занимать деньги	42.9	45.6	44.4
Могут достать 80,000 сум	24.8	32.8	29.2
Количество домовладений	1,863	2,305	4,168

Таблица 2.9 указывает на то, что более, чем одно из четырех домовладений (44 процента), сообщило о существующих проблемах с оплатой счетов за 12 месяцев, предшествовавших исследованию. Сорок-четыре процента также сообщили, что они были вынуждены занимать деньги для оплаты счетов. Не существует различий в зависимости от места проживания. Возможность достать деньги, однако, отличается в зависимости от места жительства. Двадцать-пять процентов городских домовладений сообщили о возможности достать 80,000 сум (приблизительно 80 долларов США) в течение недели, по сравнению с 33 процентами сельских домовладений. Возможно, что больший процент сельских домовладений, чем городских сообщил о возможности достать деньги по причине владения крупным рогатым скотом, который может быть продан в случае крайней необходимости.

Таблица 2.10 Состоятельность домовладений оплачивать счета

Процентное распределение домовладений в соответствии с их оценкой того, как они сводят концы с концами, в зависимости от места жительства, Узбекистан 2002

Уровень сложности сведения концов с концами	Местожительства		
	Город	Село	Всего
Большие трудности	30.8	31.3	31.1
Некоторые трудности	33.6	33.0	33.3
Небольшие трудности	28.0	28.1	28.0
Легко	7.3	7.5	7.4
Не знают	0.4	0.1	0.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество	1,863	2,305	4,168

Таблица 2.10 показывает процентное распределение домовладений в соответствии с их оценкой того, как они сводят концы с концами. Одно из трех домовладений (31 процент) сообщают о больших трудностях в сведении концов с концами, тогда как дополнительная треть (33 процента) сообщает о некоторых финансовых трудностях. Двадцать-восемь процентов домовладений сообщают о небольших трудностях. В Узбекистане несколько домовладений оценивают свою финансовую ситуацию положительно: только 7 процентов домовладений сообщают о том, что они легко сводят концы с концами. Примечательно то, что не существвет разницы в соответствии с местом жительства.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ 3

З.Д. Муталова и Х.Ньюби

Целью данной главы является представление демографического и социально-экономического профиля выборки респондентов для ИЗНУ 2002 года. Информация об основных характеристиках женщин и мужчин, проинтервьюированных в данном исследовании, является важной для интерпретации полученных данных, которые представленны далее в отчете. Эта информация может также послужить приблизительным индикатором репрезентативности данного исследования.

3.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПОНДЕНТОВ

Таблица 3.1 представляет процентное распределение опрошенных женщин в возрасте от 15 до 49 лет и мужчин в возрасте от 15 до 59 лет по основным характеристикам, включающим возраст, семейное положение, местожительство, образовательный уровень, этническую и религиозную принадлежность. Как отмечено в Главе 1, все лица женского пола в возрасте от 15 до 49 лет, которые являлись обычными жителями домовладений или присутствовали в домовладении в ночь, предшествующую визиту интервьюеров, подлежали анкетированию в ИЗНУ. Мужчины в возрасте от 15 до 59 лет были опрошены в каждом третьем домовладении. Для того, чтобы не пересчитывать респондентов повторно, таблицы данного отчета основаны на количестве населения де-факто, то есть людей, которые находились в домовладении в ночь перед опросом.

По мере увеличения возраста, процент женщин, в представленных возрастных группах с пятилетним интервалом, устойчиво падает. Количество женщин в возрасте от 15 до 19 лет (20 процентов) дважды превышает количество женщин в возрасте от 45 до 49 лет (9 процентов). Подобный характер снижения показателя с увеличением возраста наблюдаются и у мужчин.

Шестьдесят восемь процентов женщин либо состоят замужем, либо постоянно проживают с мужчиной, а 26 процентов - никогда не были замужем. Из всех женщин, 40 процентов проживают в городской местности, и 60 процентов - в сельской. Процентное соотношение у мужчин по данному вопросу является схожим.

Образовательный уровень в Узбекистане очень высокий. В целом, 11 процентов респондентов-женщин имеют начальное/неполное среднее образование, 58 процентов - полное среднее образование, 21 процент - профессиональное средне-техническое образование, и 11 процентов - высшее. Процентное распределение у мужчин является похожим, хотя более высокий процент мужчин имеет высшее образование (16 процентов по сравнению с 11 процентами у женщин).

Подавляющее большинство респондентов мужского и женского пола сообщают, что являются узбеками (86 процентов). Около 2-3 процентов как женщин, так и мужчин, идентифицируют себя как русские, каракалпаки или казахи. Дополнительный 1 процент женщин и 2 процента мужчин сообщили, что они – татары. Более 9 из 10 опрошенных отнесли себя к мусульманам.

Таблица 3.2 демонстрирует распределение респондентов по этнической и религиозной принадлежности и месту жительства в соответствии с регионом. Таким образом, приблизительно 9 из 10 опрошенных в Центральном, Восточно-Центральном и Восточном регионах являются узбеками; Западный регион страны и город Ташкент являются более этнически разнообразными. В

Западном регионе 64 процента респондентов являются узбеками, 19 процентов - каракалпаками, а 14 процентов - казахами. В Ташкенте, 68 процентов являются узбеками, 19 процентов -русскими и 5 процентов-татарами. За исключением города Ташкента, большинство респондентов в других регионах проживают в сельской местности.

Таблица 3.1 Социально-биологические факторы респондентов

Процентное распределение опрошенных женщин и мужчин, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Взвешенный процент	Количество женщин		Взвешенный процент	Количество мужчин	
		Взвешеннное	Невзвешенное		Взвешеннное	Невзвешенное
Возраст						
15-19	20.0	1,091	1,095	16.3	380	426
20-24	19.2	1,049	1,040	16.6	388	361
25-29	14.8	809	828	17.1	399	385
30-34	13.4	734	720	12.6	293	292
35-39	12.6	687	683	11.0	256	241
40-44	11.5	626	642	9.7	227	246
45-49	8.5	466	455	8.4	196	182
50-54	Нп	Нп	Нп	6.0	140	142
55-59	Нп	Нп	Нп	2.3	54	58
Семейное положение						
Никогда не состоял(а) в браке	26.0	1,421	1,444	29.7	692	742
В браке	67.3	3,676	3,622	68.2	1,592	1,520
Сожительствует	0.8	44	44	0.3	8	13
В разводе/ живет отдельно	3.9	213	245	1.6	38	54
Вдова(вец)	2.0	109	108	0.1	2	4
Место жительства						
Город	39.8	2,175	2,200	39.3	916	1,230
Село	60.2	3,288	3,263	60.7	1,417	1,103
Регион						
Западный	12.8	699	1,355	13.5	314	482
Центральный	24.0	1,311	856	21.8	510	268
Восточно-Центральный	26.2	1,431	1,001	27.7	646	340
Восточный	27.8	1,518	1,386	28.5	665	465
Город Ташкент	9.2	503	865	8.5	198	778
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	7.1	387	913	7.9	185	341
Ферганская Область	11.6	632	841	11.1	259	268
Образование						
Начальное/неполное среднее	10.6	578	560	8.0	188	201
Среднее	58.4	3,189	3,106	56.2	1,311	1,225
Среднее специальное	20.5	1,122	1,172	20.1	470	464
Высшее	10.5	574	625	15.6	364	443
Национальность						
Узбеки	85.5	4,669	4,386	86.2	2,011	1,851
Русские	2.7	149	188	2.1	48	135
Каракалпаки	2.5	134	301	2.9	67	116
Таджики	2.9	157	123	2.6	60	37
Казахи	2.6	140	251	2.8	65	82
Татары	1.4	75	73	2.1	48	49
Другие	2.5	138	141	1.4	33	63
Религия						
Мусульмане	95.8	5,234	5,198	96.8	2,258	2,172
Христиане	3.4	183	224	2.2	52	144
Не религиозны	0.7	37	33	0.9	20	12
Другие	0.1	8	7	0.1	3	5
Всего	100.0	5,463	5,463	100.0	2,333	2,333

Нп = Не применимо

Таблица 3.2 Национальность, религия и место жительства по регионам

Процентное распределение подходящих для опроса женщин и мужчин, в соответствии с национальностью, религией, и местом жительства, в зависимости от региона проживания, Узбекистан 2002

	Регион					
Социально-биологические факторы	Западный	Центральный	Восточно-Центральный	Восточный	Город Ташкент	Всего
Национальность						
Узбеки	64.4	92.5	88.8	92.6	68.1	85.7
Русские	0.2	1.8	1.2	0.4	18.7	2.5
Каракалпаки	19.1	0.2	0.1	0.1	0.1	2.6
Таджики	0.1	1.1	3.2	5.8	0.4	2.8
Казахи	13.7	0.8	1.9	0.0	2.0	2.6
Татары	0.2	2.4	1.8	0.2	4.9	1.6
Другие	2.3	1.2	3.0	1.0	5.9	2.2
Религия						
Мусульмане	99.0	97.3	96.7	99.2	77.3	96.1
Христиане	0.6	2.1	1.5	0.5	21.0	3.0
Не религиозны	0.2	0.4	1.6	0.3	1.2	0.7
Другие	0.1	0.1	0.2	0.0	0.5	0.1
Место жительства						
Город	42.3	29.2	31.8	35.2	100.0	39.6
Село	57.7	70.8	68.2	64.8	0.0	60.4
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Количество	1,014	1,821	2,077	2,183	701	7,796

3.2 УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ

Таблицы 3.3.1 и 3.3.2 показывают образовательный уровень респондентов женского и мужского пола, в зависимости от отдельных социально-биологических факторов. Медиана количества лет образования у женщин в Узбекистане составляет 9,7 лет. Женщины, проживающие в городской местности, имеют более высокий уровень образования, чем женщины, проживающие в сельской местности. Почти одна-пятая часть (19 процентов) женщин, проживающих в городкой местности, закончили университет или имеют более высокий уровень образования, по сравнению с женщинами, проживающими в сельской местности (5 процентов). Женщины, проживающие в Ташкенте, имеют наиболее высокую долю образованных на уровне университета и выше (28 процентов), тогда как в Центральном регионе страны только у 7 процентов женщин есть высшее образование.

Как показывает таблица 3.3.2, образовательный уровень у мужчин соответствует таковому у женщин. Медиана количества лет образования составила 9,9 лет. Проживающие в городской местности мужчины, также, в целом, имеют более высокий уровень образования, чем мужчины, проживающие в сельской местности: 22 процента по сравнению с 11 процентами имеют образование на уровне университета и выше. В Ташкенте отмечается наиболее высокая доля мужчин, как минимум, с университетским образованием (32 процентов), тогда как в Восточным регионе зафиксирована наиболее низкая доля (9 процентов).

Таблица 3.3.1 Уровень образования в зависимости от социально-биологических факторов: женщины

Процентное распределение женщин, в соответствии с самым высоким достигнутым уровнем образования или посещения учебного заведения, медиана количества лет образования, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Самzый высокий уровень образования или посещения учебного заведения						Всего	Количество женщин	Медиана кол-ва лет образования
	Нет образования	Некоторое начальное/ неполное среднее	Законченное начальное/ неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Высшее			
Возраст									
15-19	0.4	2.5	16.7	59.9	16.4	4.1	100.0	1,091	8.9
20-24	0.1	0.6	8.1	63.9	19.6	7.6	100.0	1,049	10.1
25-29	0.1	0.3	9.4	61.7	19.7	8.7	100.0	809	10.0
30-34	0.1	0.3	4.3	56.0	27.2	12.1	100.0	734	9.7
35-39	0.0	0.2	7.5	54.5	22.8	14.9	100.0	687	9.7
40-44	0.3	0.5	5.2	57.0	20.1	16.9	100.0	626	9.7
45-49	0.6	1.1	12.7	47.7	20.4	17.5	100.0	466	9.6
Место жительства									
Город	0.0	0.7	8.1	44.7	27.6	19.0	100.0	2,175	9.9
Село	0.3	1.0	10.4	67.4	15.9	4.9	100.0	3,288	9.6
Регион									
Западный	0.1	0.6	8.0	56.1	24.5	10.8	100.0	699	9.8
Центральный	0.7	1.4	9.3	62.5	18.9	7.2	100.0	1,311	9.6
Восточно-Центральный	0.0	0.8	12.7	57.4	20.0	9.2	100.0	1,431	9.6
Восточный	0.0	0.9	8.0	64.3	18.1	8.7	100.0	1,518	9.7
Город Ташкент	0.1	0.4	7.4	35.7	28.4	27.9	100.0	503	10.4
Регионы расшир енной выборки									
Каракалпакстан	0.0	0.8	8.6	50.3	28.8	11.5	100.0	387	9.8
Ферганская Область	0.0	0.8	8.0	63.1	18.8	9.2	100.0	632	9.7
Национальность									
Узбечка	0.2	0.9	10.1	60.5	19.1	9.2	100.0	4,669	9.7
Русская	0.0	0.4	4.3	34.2	32.8	28.3	100.0	149	10.5
Каракалпачка	0.0	1.0	7.4	34.2	40.7	16.7	100.0	134	10.1
Таджичка	0.0	2.4	6.0	67.8	16.4	7.4	100.0	157	9.7
Казашка	0.0	0.0	6.1	52.0	31.2	10.6	100.0	140	9.8
Татарка	0.0	0.0	4.7	38.5	30.3	26.5	100.0	75	10.1
Другие	0.9	0.4	6.5	42.5	25.0	24.6	100.0	138	10.1
Всего	0.2	0.9	9.5	58.4	20.5	10.5	100.0	5,463	9.7

Таблица 3.3.2 Уровень образования в зависимости от социально-биологических факторов: мужчины

Процентное распределение в соответствии с самым высоким достигнутым уровнем образования или посещения учебного заведения, медиана количества лет образования, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Самый высокий уровень образования или посещения учебного заведения								
Социально-биологические факторы	Нет образования	Некоторое начальное/ неполное среднее	Законченное начальное/ неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Высшее	Всего	Количество мужчин	Медиана кол-ва лет образования
Возраст									
15-19	0.2	1.7	15.7	58.1	21.6	2.7	100.0	380	8.8
20-24	0.9	0.7	5.1	60.0	20.7	12.7	100.0	388	10.3
25-29	0.0	0.4	7.8	60.0	18.3	13.6	100.0	399	10.2
30-34	0.1	0.0	3.7	61.7	18.4	16.1	100.0	293	9.9
35-39	0.0	0.0	4.4	56.5	20.0	19.1	100.0	256	10.0
40-44	0.0	0.0	3.6	55.5	17.8	23.1	100.0	227	9.8
45-49	0.1	0.0	6.0	46.7	23.4	23.8	100.0	196	9.9
50-54	0.0	2.7	8.1	43.2	21.2	24.8	100.0	140	10.0
55-59	0.0	8.7	0.0	27.3	24.9	39.1	100.0	54	10.8
Место жительства									
Город	0.1	1.1	6.8	49.0	21.0	22.1	100.0	916	10.1
Село	0.3	0.6	7.2	60.9	19.6	11.4	100.0	1,417	9.9
Регион									
Западный	0.1	0.6	6.8	57.8	24.1	10.5	100.0	314	10.0
Центральный	0.0	0.4	9.2	54.7	19.6	16.1	100.0	510	10.0
Восточно-Центральный	0.2	0.8	6.0	56.9	16.4	19.7	100.0	646	9.9
Восточный	0.3	1.1	6.2	60.6	22.9	8.9	100.0	665	9.8
Город Ташкент	0.4	1.2	8.4	40.1	18.1	31.9	100.0	198	10.3
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	0.2	1.1	6.4	56.6	24.2	11.4	100.0	185	10.0
Ферганская Область	0.0	0.0	5.0	61.8	22.5	10.7	100.0	259	9.8
Национальность									
Узбек	0.2	0.7	7.1	56.1	20.3	15.5	100.0	2,011	9.9
Русский	0.0	1.2	7.8	47.8	21.4	21.8	100.0	48	10.1
Каракалпак	0.0	0.0	4.1	60.3	23.5	12.1	100.0	67	10.0
Таджик	(0.0)	(5.8)	(3.5)	(69.0)	(14.4)	(7.4)	(100.0)	60	(9.8)
Казах	0.0	1.0	5.6	63.8	18.3	11.3	100.0	65	10.0
Татарин	(0.0)	(0.5)	(9.9)	(54.5)	(15.0)	(20.0)	(100.0)	48	(9.3)
Другие	0.8	0.0	11.2	28.0	21.7	38.3	100.0	33	10.7
Всего	0.2	0.8	7.0	56.2	20.1	15.6	100.0	2,333	9.9

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

3.3 ЗАНЯТОСТЬ

В ИЗНУ респондентам было задано несколько вопросов с целью определения их статуса занятости и сезонность их работы в течение 12 месяцев, предшестовавших исследованию. Таблица 3.4.1 представляет данную информацию для лиц женского пола, в засисимости от социально-биологических факторов.

Таблица 3.4.1 Занятость: женщины

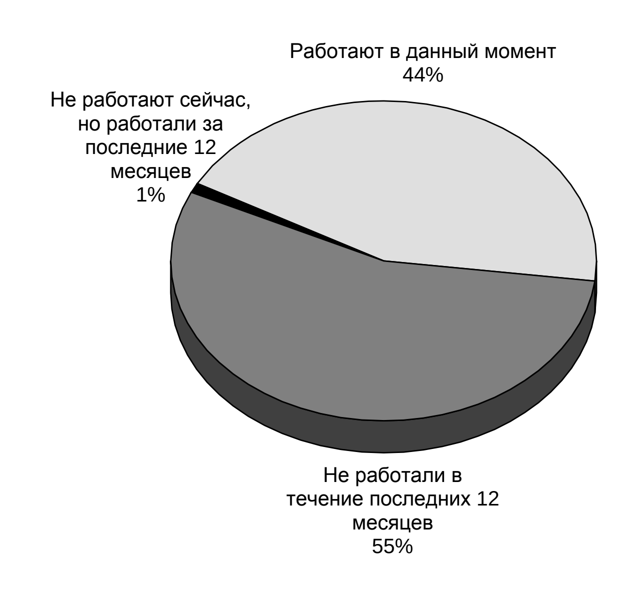
Процентное распределение женщин, в соответствии с их статусом занятости, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Работали в течение 12 месяцев перед исследованием		Не работали в течение 12 месяцев перед исследованием	Пропущено/ не знает	Всего	Количество женщин
	Работает в настоящий момент	Не работает в настоящий момент				
Возраст						
15-19	14.6	0.9	84.2	0.3	100.0	1,091
20-24	40.0	2.5	57.5	0.0	100.0	1,049
25-29	47.1	1.1	51.8	0.0	100.0	809
30-34	59.8	1.7	38.5	0.0	100.0	734
35-39	58.1	0.8	41.1	0.0	100.0	687
40-44	55.7	1.0	43.3	0.0	100.0	626
45-49	55.9	0.5	43.6	0.0	100.0	466
Семейное положение						
Никогда не состоял(а) в браке	25.9	1.1	72.9	0.1	100.0	1,421
В браке или сожительствует	49.0	1.4	49.5	0.0	100.0	3,720
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	67.9	0.5	31.6	0.0	100.0	322
Количество живых детей						
0	29.8	1.3	68.7	0.2	100.0	1,751
1-2	47.6	1.8	50.6	0.0	100.0	1,644
3-4	53.9	1.0	45.1	0.0	100.0	1,560
5+	51.8	0.8	47.5	0.0	100.0	508
Место жительства						
Город	49.7	1.3	48.9	0.1	100.0	2,175
Село	40.4	1.3	58.3	0.0	100.0	3,288
Регион						
Западный	51.1	2.8	46.1	0.0	100.0	699
Центральный	41.5	1.7	56.8	0.0	100.0	1,311
Восточно-Центральный	43.1	1.5	55.4	0.0	100.0	1,431
Восточный	42.0	0.4	57.4	0.2	100.0	1,518
Город Ташкент	50.0	0.6	49.4	0.0	100.0	503
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	49.1	1.8	49.1	0.0	100.0	387
Ферганская Область	47.0	0.6	52.3	0.0	100.0	632
Образование						
Начальное/неполное среднее	25.8	0.4	73.8	0.0	100.0	578
Среднее	37.7	1.2	61.0	0.1	100.0	3,189
Среднее специальное	57.2	2.3	40.4	0.1	100.0	1,122
Высшее	72.2	0.8	26.9	0.0	100.0	574
Национальность						
Узбечка	42.7	1.1	56.2	0.0	100.0	4,669
Русская	65.5	1.6	32.9	0.0	100.0	149
Каракалпачка	47.8	3.2	49.0	0.0	100.0	134
Таджичка	42.8	3.0	53.2	1.0	100.0	157
Казашка	49.0	0.5	50.5	0.0	100.0	140
Татарка	48.6	7.0	44.3	0.0	100.0	75
Другие	59.4	0.4	40.1	0.0	100.0	138
Всего	44.1	1.3	54.6	0.1	100.0	5,463

В соответствии с данными ИЗНУ, на момент проведения исследования, у 44 процентов женщин была работа; 55 процентов женщин не работали в течение 12 месяцев перед

исследованием (Рисунок 3.1.1). Менее чем 2 процента женщин сообщили, что они не работали на момент проведения исследования, но имели работу в течение года, предшествовавшего исследованию. По сравнению с данными, полученными в результате ПМДУ в 1996 году, в 2002 году меньшее количество женщин имели работу в течение 12 месяцев до проведения ИЗНУ (53 процентов и 45 процентов, соответственно).

Рисунок 3.1.1 Статус занятости женщин 15-49 лет



Женщины в возрасте 15-19 лет реже имели работу, чем женщины в других возрастных группах, вероятно вследствие прохождения обучения в школе или получения подготовки вне рынка труда. Образование положительно коррелирует с работой: 72 процентов женщин с высшим образованием имели работу, по сравнению с 26 процентами женщин с начальным/неполным средним образованием. Русские женщины имели наибольшую вероятность трудоустройства (66 процентов), тогда как узбечки имели наименьшую вероятность (43 процента).

Таблица 3.4.2 показывает соответствующую информацию для мужчин. В основном, уровень занятости среди мужчин выше, чем среди женщин; во время проведения исследования 60 процентов мужчин имели работу, и дополнительно 6 процентов мужчин сообщили о работе в течение 12 месяцев, предшестовавших исследованию. Во время проведения исследования 10 процентов мужчин сообщили о том, что они ищут работу (Рис. 3.1.2).

У большинства мужчин в возрасте 20 лет и старше была работа на момент проведения исследования. Только 12 процентов мужчин в группе 15-19 лет работали; большинство мужчин данной возрастной группы (61процентов) проходят обучение в школе. Доля работающих в настоящий момент мужчин, увеличивается в зависимости от уровня образования; от 37 процентов мужчин с образованием ниже среднего до 77 процентов мужчин, имеющих, как минимум, университетское образование. Безработица значительно варьирует в зависимости от региона. Например, 15 процентов проживающих в Восточном регионе и 16 процентов проживающих в Западном регионе мужчин сообщили, что они ищут работу, по сравнению с 4 процентами, проживающих в Центральном регионе и 5 процентами мужчин в Ташкенте.

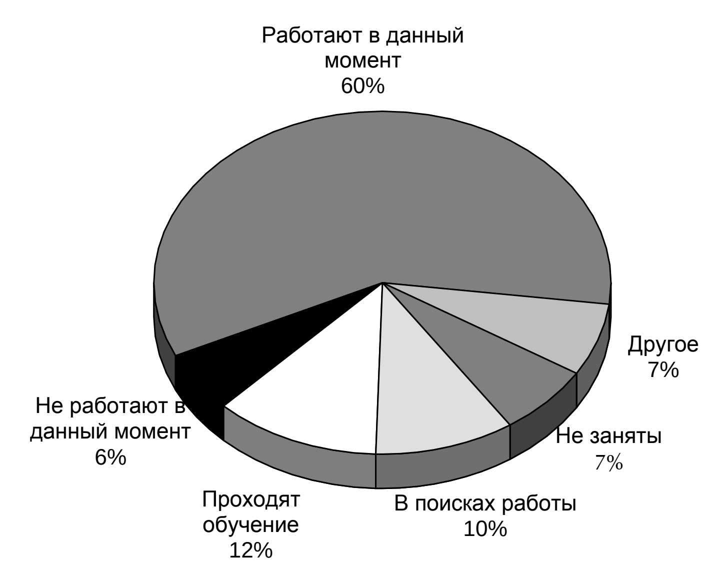
Таблица 3.4.2 Занятость: мужчины

Процентное распределение мужчин, в соответствии с их статусом занятости, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Работали в течение 12 месяцев перед исследованием		Работали в течение 12 месяцев перед исследованием							
	Работает в настоящий момент	Работает в настоящий момент	Посещает учебное заведение, учится	Ищет работу	Не активен	Не мог работать, парализован	Другое	Пропущено	Всего	Количество мужчин
Возраст										
15-19	12.4	3.2	61.4	10.1	10.3	1.4	1.1	0.0	100.0	380
20-24	53.9	8.4	8.2	14.9	9.4	2.0	3.0	0.1	100.0	388
25-29	73.4	3.8	1.2	10.1	7.1	1.0	3.4	0.0	100.0	399
30-34	69.0	5.3	0.3	11.4	6.5	5.1	2.4	0.0	100.0	293
35-39	74.6	7.4	0.0	6.0	4.5	4.4	3.1	0.0	100.0	256
40-44	73.4	7.1	0.0	6.5	4.5	4.1	4.4	0.0	100.0	227
45-49	73.8	7.8	0.0	6.1	1.6	9.9	0.8	0.0	100.0	196
50-54	69.9	1.0	0.6	6.0	6.2	8.8	7.6	0.0	100.0	140
55-59	67.7	9.5	0.0	2.4	5.5	9.8	5.0	0.0	100.0	54
Семейное положение										
Никогда не состоял(а) в браке	29.1	5.5	37.7	12.6	10.6	2.5	2.0	0.1	100.0	692
В браке или сожительствует	72.4	5.8	0.7	8.3	5.3	4.0	3.5	0.0	100.0	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	66.8	4.6	0.0	3.0	5.7	20.0	0.0	0.0	100.0	40
Место жительства										
Город	58.9	5.8	12.3	10.8	5.7	3.6	2.9	0.0	100.0	916
Село	59.8	5.6	11.3	8.6	7.6	4.0	3.0	0.0	100.0	1,417
Регион										
Западный	52.3	4.1	14.5	16.2	5.1	5.7	1.9	0.1	100.0	314
Центральный	60.8	6.2	15.9	3.9	6.4	4.7	2.1	0.0	100.0	510
Восточно-Центральный	62.0	9.7	8.7	6.9	9.2	2.5	1.0	0.0	100.0	646
Восточный	57.8	2.5	8.0	14.5	6.2	4.0	6.9	0.0	100.0	665
Город Ташкент	64.4	4.5	18.2	4.9	5.2	2.5	0.3	0.0	100.0	198
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	45.0	4.2	14.6	25.0	3.0	7.0	1.0	0.2	100.0	185
Ферганская Область	63.0	1.5	8.5	11.5	10.7	4.3	0.5	0.0	100.0	259
Образование										
Начальное/неполное среднее	36.6	5.8	34.1	5.9	5.1	8.5	3.8	0.2	100.0	188
Среднее	58.9	5.9	8.2	11.4	8.7	3.6	3.3	0.0	100.0	1,311
Среднее специальное	56.4	5.5	14.0	10.2	5.9	4.4	3.4	0.0	100.0	470
Высшее	77.1	5.2	9.3	3.6	2.4	1.5	0.9	0.0	100.0	364
Национальность										
Узбек	60.3	5.5	11.3	8.9	7.1	3.9	3.1	0.0	100.0	2,011
Русский	60.4	9.0	16.5	7.0	5.0	2.1	0.0	0.0	100.0	48
Каракалпак	42.8	1.3	20.1	23.1	4.9	6.9	0.9	0.0	100.0	67
Таджик	(66.7)	(4.8)	(5.9)	(6.0)	(6.2)	(0.0)	(10.3)	(0.0)	(100.0)	60
Казах	52.6	7.0	10.9	13.7	7.4	8.4	0.0	0.0	100.0	65
Татарин	(49.2)	(18.5)	16.7)	(9.9)	(5.1)	(0.6)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	48
Другие	58.8	4.0	13.5	19.2	2.5	0.8	0.0	1.3	100.0	33
Всего	59.5	5.7	11.7	9.5	6.9	3.8	3.0	0.0	100.0	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Рисунок 3.1.2 Статус занятости мужчин 15-59 лет



ИЗНУ 2002

3.4 РОД ЗАНЯТИЙ

Во время проведения исследования, работавшим на момент исследования респондентам были заданы вопросы о том, какого вида работу они выполняют. Их ответы были зафиксированы дословно, и послужили основой для кодировки вида деятельности в центральном офисе проводимого исследования.

Как показано в Таблице 3.5.1, наиболее распространненым родом занятий среди женщин являются профессиональные виды деятельности, технические или административные профессии (41 процент). В городской местности более половины всех женщин работали в данных секторах (53 процента). Однако, в сельской местности, женщины, как правило, работают в сельском хозяйстве (45 процентов), так же как и женщины в возрасте до 20 лет (44 процента).

Мужчины, также, в основном работают на профессиональных, технических или административных позициях и в сельском хозяйстве (Таблица 3.5.2). Подобно женщинам, мужчины обычно работают в сельском хозяйстве, если они проживают в сельской местности (32 процента), тогда как в городской местности мужчины чаще занимают профессиональные, технические или административные позиции (28 процентов).

Таблица 3.5.1 Род занятий: женщины

Процентное распределение женщин, работавших в течение 12 месяцев, предшествоваших исслледованию, в соответствии с родом занятости, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Профессиональная/ техническая/ управленческая сфера	Администра-тивная сфера	Сфера торговли и услуг	Квалифици-рованный ручной труд	Неквалифици-рованный ручной труд	Сельское хоз-во	Пропущено	Всего	Количество женщин
Возраст									
15-19	16.5	3.1	20.9	6.7	9.0	43.9	0.0	100.0	169
20-24	39.3	4.9	16.5	2.0	8.6	28.7	0.0	100.0	446
25-29	45.9	5.2	14.6	2.2	8.5	23.5	0.2	100.0	390
30-34	50.6	6.1	11.9	2.4	8.0	21.0	0.0	100.0	452
35-39	41.1	4.3	14.4	1.5	13.0	25.2	0.4	100.0	404
40-44	38.5	6.2	15.9	1.7	8.4	29.1	0.2	100.0	355
45-49	42.3	7.3	16.4	3.3	11.5	19.3	0.0	100.0	263
Семейное положение									
Никогда не состояла в браке	36.0	4.3	18.0	4.0	8.6	29.0	0.2	100.0	384
В браке или сожительствует	41.7	4.6	14.8	2.1	9.0	27.7	0.1	100.0	1,876
В разводе, живет отдельно, вдова	47.4	14.2	14.4	2.4	15.3	6.3	0.0	100.0	220
Количество живых детей									
0	36.9	4.7	18.0	4.1	9.5	26.7	0.1	100.0	545
1-2	48.5	7.2	14.4	2.0	9.1	18.8	0.0	100.0	812
3-4	42.7	5.1	14.5	2.1	9.7	25.7	0.3	100.0	856
5+	24.2	2.4	14.4	1.5	10.1	47.6	0.0	100.0	267
Место жительства									
Город	52.5	7.9	21.1	3.4	12.2	2.8	0.2	100.0	1,109
Село	32.3	3.3	10.5	1.7	7.3	44.8	0.1	100.0	1,370
Регион									
Западный	41.8	4.1	13.6	1.8	6.9	31.4	0.3	100.0	377
Центральный	34.2	5.2	12.4	4.5	11.2	32.4	0.0	100.0	566
Восточно-Центральный	36.6	5.6	18.5	2.5	8.7	27.9	0.3	100.0	638
Восточный	46.8	3.1	13.7	1.5	9.3	25.6	0.0	100.0	644
Город Ташкент	54.6	12.6	19.5	1.0	12.1	0.3	0.0	100.0	255
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	48.6	4.3	16.2	0.3	8.0	22.6	0.0	100.0	197
Ферганская Область	44.8	5.7	14.8	2.2	9.1	23.4	0.0	100.0	301
Образование									
Начальное/неполное среднее	9.9	1.0	18.0	4.2	18.3	48.1	0.4	100.0	151
Среднее	15.1	4.5	20.1	3.5	13.5	43.3	0.1	100.0	1,241
Среднее специальное	68.3	6.8	13.0	1.4	5.2	5.0	0.3	100.0	667
Высшее	87.3	7.3	3.3	0.3	1.4	0.4	0.0	100.0	420
Национальность									
Узбечка	39.6	4.2	15.1	2.5	9.0	29.5	0.2	100.0	2,045
Русская	48.2	18.4	14.4	1.8	17.1	0.0	0.0	100.0	100
Каракалпачка	59.6	5.2	17.3	0.0	8.8	9.2	0.0	100.0	68
Таджичка	40.1	6.9	20.6	1.7	7.7	22.9	0.0	100.0	72
Казашка	50.2	11.3	13.1	1.0	6.9	17.6	0.0	100.0	70
Татарка	(49.4)	(15.8)	(14.7)	(7.3)	(12.8)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	42
Другие	51.1	7.2	13.7	3.9	16.4	7.7	0.0	100.0	83
Всего	41.3	5.4	15.2	2.4	9.5	26.0	0.1	100.0	2,479

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Таблица 3.5.2 Род занятий: мужчины

Процентное распределение мужчин, работавших в течение 12 месяцев, предшествоваших исследованию, в соответствии с родом занятости, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Профессиональная/ техническая/ управленческая сфера	Администра-тивная сфера	Сфера торговли и услуг	Квалифиц-рованный ручной труд	Неквалифици-рованный ручной труд	Сельское хоз-во	Пропущено	Всего	Количество мужчин
Возраст									
15-19	6.9	4.7	11.2	21.7	32.6	19.6	3.2	100.0	59
20-24	20.0	7.6	17.7	12.2	18.1	24.5	0.0	100.0	242
25-29	21.8	6.2	20.4	11.3	13.5	26.8	0.0	100.0	308
30-34	20.7	6.2	18.3	20.2	12.9	21.8	0.0	100.0	218
35-39	25.1	6.8	18.1	16.4	12.1	21.6	0.0	100.0	210
40-44	27.7	5.4	19.4	16.7	13.0	17.8	0.0	100.0	183
45-49	23.5	7.9	23.8	12.7	13.6	17.5	1.0	100.0	160
50-54	24.8	16.3	15.4	12.5	14.6	15.7	0.7	100.0	99
55-59	(51.9)	(12.0)	(7.7)	(6.1)	(7.1)	(15.2)	(0.0)	(100.0)	42
Семейное положение									
Никогда не состоял в браке	17.7	4.2	13.4	15.1	22.2	26.6	0.8	100.0	240
В браке или сожительствует	24.3	8.1	19.4	14.4	12.6	21.0	0.2	100.0	1,251
В разводе, живет отдельно, вдовец	(16.6)	(0.6)	(23.3)	(17.4)	(34.9)	(7.2)	(0.0)	(100.0)	29
Место жительства									
Город	27.5	11.9	22.4	16.5	16.2	5.5	0.1	100.0	593
Село	20.3	4.5	16.1	13.3	13.5	31.9	0.4	100.0	928
Регион									
Западный	14.5	6.2	14.0	21.5	19.0	24.4	0.4	100.0	177
Центральный	23.3	6.8	18.5	12.9	21.1	17.0	0.5	100.0	341
Восточно-Центральный	23.0	8.9	16.8	15.6	11.4	23.9	0.4	100.0	464
Восточный	24.5	5.9	18.2	11.9	11.3	28.2	0.0	100.0	401
Город Ташкент	30.2	9.4	31.7	13.9	12.7	2.2	0.0	100.0	136
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	12.8	8.5	18.1	20.6	16.3	23.0	0.7	100.0	91
Ферганская Область	30.0	8.4	19.0	8.7	12.0	21.9	0.0	100.0	167
Образование									
Начальное/неполное среднее	13.6	0.5	17.5	22.7	19.7	25.9	0.0	100.0	80
Среднее	9.9	4.8	21.0	17.4	18.5	28.2	0.2	100.0	849
Среднее специальное	24.2	9.4	21.3	13.4	13.9	17.2	0.5	100.0	291
Высшее	62.1	14.4	9.2	5.4	2.7	6.0	0.2	100.0	300
Национальность									
Узбек	23.3	7.1	18.0	14.7	14.3	22.2	0.3	100.0	1,321
Русский	25.3	7.9	15.6	30.9	20.2	0.0	0.0	100.0	34
Каракалпак	21.5	10.2	22.1	2.1	15.8	28.3	0.0	100.0	30
Таджик	(9.2)	(6.7)	(27.8)	(5.0)	(15.7)	(35.6)	(0.0)	(100.0)	43
Казах	(9.9)	(6.0)	(31.6)	(23.5)	(16.4)	(12.5)	(0.0)	(100.0)	39
Татарин	(30.5)	(16.8)	(12.7)	(10.4)	(23.6)	(6.1)	(0.0)	(100.0)	33
Другие	(50.7)	(5.3)	(17.8)	(5.7)	(1.3)	(19.3)	(0.0)	(100.0)	21
Всего	23.1	7.4	18.5	14.5	14.6	21.6	0.3	100.0	1,520

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

3.5 ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА

Таблица 3.6.1 показывает процентное распределение, работающих на текущий момент женщин, по виду заработка, работодателя, а также по тому, является ли данная работа постоянной на весь год или сезонной, в соответствии с видом занятости (сельско-хозяйственная или не сельско-хозяйственная). Женщинам, которые были трудоустроены на момент проведения исследования, были заданы вопросы о том, как оплачивается их работа: наличными деньгами, другими видами платежей, или никаким образом. Три-четверти работающих женщин (77 процентов) получают оплату наличными деньгами; 15 процентов женщин – наличными деньгами и другими видами оплаты. Только 3 процента женщин вообще не получают заработную плату (Рис. 3.2). Практически все не работающие в сельском хозяйстве женщины получают заработную плату только наличными (94 процента); работающие в сельском хозяйстве женщины наиболее часто получают компенсацию, по крайней мере частично, в другом виде платежей (64 процента). Работающие мужчины-респонденты предоставили сходные ответы по вопросу компенсации (Таблица 3.6.2), хотя мужчины чаще женщин получают заработную плату в другом виде оплаты (26 процентов и 20 процентов, соответственно).

Таблица 3.6.1 Сфера трудовой деятельности: женщины

Процентное распределение работающих в настоящий момент женщин, в соответствии с видом заработка, работодателя, а также по тому, является ли данная работа постоянной на весь год или сезонной, в соответствии со сферой трудовой деятельности (сельско-хозяйственная или не сельско-хозяйственная), Узбекистан 2002

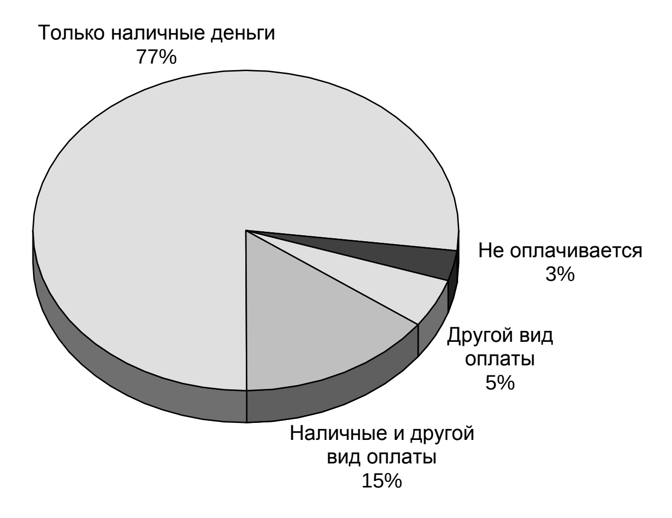
Характеристика трудовой деятельности	Сельское хозяйство	Не сельское хозяйство	Всего
Вид заработка			
Только наличные деньги	29.8	93.7	77.1
Деньги и товары	48.4	3.4	15.1
Только товары	15.9	0.6	4.6
Не платят	5.8	2.3	3.2
Всего	100.0	100.0	100.0
Тип работодателя			
Трудоустроена членом семьи	9.6	5.1	6.2
Трудоустроена не членом семьи	88.9	84.9	85.9
Работает на себя	1.5	10.0	7.9
Всего	100.0	100.0	100.0
Сезонность занятости			
Весь год	30.8	90.7	75.1
Сезонная работа	59.4	2.4	17.2
Временная	9.8	6.9	7.6
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество женщин	645	1,832	2,479

Примечание: «Всего» включает 3 случая, для которых пропущенна информация относительно сферы трудовой деятельности.

Работающим женщинам также были заданы вопросы об их работодателе – были ли они трудоустроены одним из членов их семьи, не членом их семьи, или они работают не по найму в своем собственном бизнесе. В целом, 86 процентов женщин были приняты на работу людьми, которые не являются членами их семей; существует небольшая разница между женщинами, работающими в сельском хозяйстве, и женщинами, работающими в других областях. В дополнение, 10 процентов работающих в сельском хозяйстве женщин, были трудоустроены членами их семей, тогда как 10 процентов женщин, не работающих в сельском хозяйстве, работают не по найму в своем собственном бизнесе. Большинство женщин, работающих в сельском хозяйстве, являются сезонными рабочими (59 процентов). Однако, почти одна треть имеет постоянную работу в течение года, по сравнению с 9/10ми женщин, не работающих в

сельском хозяйстве (31 против 91 процентов). Мужчины чаще женщин склонны иметь постоянную работу в течение года, особенно, работающие в сельском хозяйстве.

Рисунок 3.2 Вид заработка среди трудоустроенных женщин 15-49 лет



ИЗНУ 2002

Таблица 3.6.2 Сфера трудовой деятельности: мужчины

Процентное распределение работающих в настоящий момент мужчин, в соответствии с видом заработка, работодателя, а также по тому, является ли данная работа постоянной на весь год или сезонной, в соответствии со сферой трудовой деятельности (сельско-хозяйственная или не сельско-хозяйственная), Узбекистан 2002

Характеристика трудовой деятельности	Сельское хозяйство	Не сельское хозяйство	Всего
Вид заработка			
Только наличные деньги	20.4	82.9	69.3
Деньги и товары	54.8	10.3	19.9
Только товары	20.5	2.4	6.3
Не платят	4.3	4.4	4.3
Пропущено	0.0	0.0	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Сезонность занятости			
Весь год (10 месяцев и более)	88.8	81.5	83.0
Сезонность (7-9 месяцев за год)	3.7	3.1	3.2
Сезонность (4-6 месяцев за год)	3.9	7.9	7.0
Временная (<4 месяцев за год)	2.3	4.1	3.7
Пропущено	1.3	3.5	3.1
Всего	100.0	100.0	100.0
Количество мужчин	328	1,188	1,520

Примечание: «Всего» включает 4 случая, для которых пропущена информация относительно сферы трудовой деятельности.

3.6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАРАБОТАННЫХ СРЕДСТВ

Работающим женщинам, получающим заработную плату наличными деньгами, был задан вопрос о том, кто является основным лицом, принимающим решение об использовании их заработка. Данная информация позволяет оценить контроль женщин над своим заработком. Таблица 3.7 показывает, как варьирует контроль женщинами своего заработка в зависимости от социально-биологических факторов. Среди женщин, получающих заработную плату наличными деньгами, 39 процентов сами принимают решение об использовании этих средств, 29 процентов - решают совместно с другим лицом, а 32 процента женщин вообще не участвуют в принятии решений относительно распределения заработка. В сельской местности чаще, чем в городской, женщины сообщают, что кто-либо другой принимает решение об использовании их заработной платы (43 процента и 20 процентов, соответственно). Участие женщин в принятии решений увеличивается с возрастом; несмотря на, что менее половины женщин в возрасте от 15 до 19 лет сами решают или принимают некоторое участие в решении того, как использовать свой собственный заработок, 85 процентов женщин в возрасте от 45 до 49 лет решают данный вопрос либо самостоятельно, либо совместно с кем-либо. Особенно примечательно, что 34 процентов замужних женщин не имеет права голоса в отношении использования своего собственного заработка. Однако данные показывают, что, чем больше у женщины детей, тем чаще она участвует в принятии решений. Образование также положительно влияет на участие в принятии решений. Среди этнических групп, 36 процентов узбекских женщин указывают, что кто-либо другой принимает решение об использовании их заработка, по сравнению с 5 процентов русских женщин.

Для того, чтобы оценить важность заработка женщин в отношении оплаты расходов домовладения, работающим и получающим заработную плату наличными деньгами женщинам, были заданы вопросы о том, какая часть расходов оплачивается с помощью их заработка. Данная информация позволяет оценить относительную важность заработка женщин для финансового положения домовладения. Как показано в Таблице 3.7, средства, заработанные женщинами, обычно используются для оплаты расходов только частично. Например, только одна-пятая часть замужних женщин (21 процентов) сообщают о том, что их заработок используется для оплаты, как минимум, половины расходов домовладения. В городской местности чаще, чем в сельской, женщины сообщают о том, что их заработок используется для оплаты, как минимум, половины расходов (29 процентов и 16 процентов, соответственно). Шесть процентов проживающих в городской местности женщин сообщают о том, что их заработок используется для оплаты всех расходов домашнего хозяйства.

В Таблице 3.8 представлены различия по двум показателям, связанным с использованием заработка женщин. В соответствии с таблицей 3.8, приблизительно одна-треть (34 процента) замужних женщин совместно с мужем решают, как будут использоваться их средства. Другая треть женщин сообщает, что они не участвуют в принятии решений относительно их заработка: 20 процентов указывают, что их мужья принимают решение, и 14 процентов сообщают, что кто-либо другой принимает решение относительно их заработка. Среди незамужних женщин, 73 процента сообщают о том, что они сами принимают решение, и 27 процентов - о том, что кто-либо другой принимает подобные решения.

По мере увеличения финансового вклада женщины, увеличивается ее вероятность контроля своего заработка. Например, процентное соотношение замужних женщин, которые сами или совместно с другим лицом принимают решение об использовании их заработка, увеличивается с 58 процентов среди тех женщин, которые практически ничего не зарабатывают для оплаты расходов домашнего хозяйства, до 86 процентов среди тех, кто является единоличным плательщиком всех расходов домовладения.

Таблица 3.7 Решение об использовании заработанных средств и процент заработка в оплате затрат домохозяйства

Процентное распределение женщин, получивших наличную оплату за работу в течение последних 12 месяцев, в соответствии с тем, кто принимает решение об использовании этого заработка, и пропорция расходов домовладения, оплачиваемых заработком, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Кто принимает решение об использовании заработка: Только сама	Совместно	Только кто-либо другой	Пропущено	Всего	Процент расходов домовладения, оплачиваемых заработком: Практически ничего/ ничего	Менее половины	Половины или более	Все	Пропущено	Всего	Кол-во женщин
Возраст												
15-19	31.3	16.6	52.0	0.0	100.0	49.7	40.6	8.8	1.0	0.0	100.0	154
20-24	33.0	17.4	49.6	0.0	100.0	42.2	41.6	14.8	1.3	0.2	100.0	408
25-29	29.4	23.4	47.1	0.1	100.0	31.0	50.1	17.6	1.1	0.1	100.0	360
30-34	43.7	32.6	23.7	0.0	100.0	29.2	48.3	19.1	3.3	0.0	100.0	414
35-39	41.2	34.5	24.3	0.0	100.0	27.4	47.7	19.2	5.6	0.1	100.0	381
40-44	42.1	39.3	18.6	0.0	100.0	28.3	45.2	21.9	4.6	0.0	100.0	322
45-49	52.0	33.0	15.0	0.0	100.0	27.7	40.4	25.5	6.3	0.0	100.0	247
Семейное положение												
Никогда не состояла в браке	45.5	15.1	39.4	0.0	100.0	45.9	37.7	15.3	0.9	0.2	100.0	356
В браке или сожительствует	31.2	34.7	34.1	0.0	100.0	30.8	48.2	18.7	2.3	0.1	100.0	1,716
В разводе, живет отдельно, вдова	90.5	2.7	6.8	0.0	100.0	25.3	36.5	22.4	15.8	0.0	100.0	213
Количество живых детей												
0	42.7	15.8	41.5	0.0	100.0	41.4	39.3	16.8	2.4	0.1	100.0	502
1-2	41.6	23.4	34.9	0.0	100.0	31.2	44.6	19.1	5.1	0.0	100.0	771
3-4	36.7	37.9	25.4	0.0	100.0	28.7	48.3	20.7	2.4	0.0	100.0	781
5+	29.5	42.9	27.6	0.0	100.0	31.4	52.4	13.2	2.7	0.2	100.0	232
Место жительства												
Город	56.6	23.3	20.1	0.0	100.0	28.3	43.0	22.6	6.1	0.0	100.0	1,074
Село	23.3	33.4	43.3	0.0	100.0	36.4	47.7	14.9	0.9	0.1	100.0	1,211
Регион												
Западный	28.2	34.0	37.7	0.1	100.0	18.3	61.6	18.8	1.0	0.3	100.0	328
Центральный	38.3	30.5	31.2	0.0	100.0	30.8	53.8	13.3	2.1	0.0	100.0	530
Восточно-Центральный	47.1	25.4	27.4	0.0	100.0	20.3	44.3	30.7	4.7	0.0	100.0	557
Восточный	21.5	31.7	46.8	0.0	100.0	55.8	31.7	11.8	0.7	0.1	100.0	617
Город Ташкент	78.7	17.8	3.5	0.0	100.0	25.5	43.2	18.8	12.5	0.0	100.0	254
Регионы расшир енной выборки												
Каракалпакстан	32.9	33.0	33.9	0.2	100.0	20.5	60.0	17.9	1.4	0.2	100.0	180
Ферганская Область	24.2	29.6	46.2	0.0	100.0	54.3	31.1	12.9	1.4	0.2	100.0	293
Образование												
Начальное/неполное среднее	31.4	29.0	39.6	0.0	100.0	36.5	39.1	20.4	3.9	0.0	100.0	129
Среднее	32.4	29.6	38.0	0.0	100.0	37.3	44.0	16.5	2.2	0.1	100.0	1,091
Среднее специальное	42.5	26.8	30.6	0.1	100.0	32.6	45.2	17.4	4.8	0.1	100.0	649
Высшее	53.0	29.0	18.1	0.0	100.0	19.1	51.9	25.0	4.0	0.0	100.0	416
Национальность												
Узбечка	34.6	29.9	35.5	0.0	100.0	34.6	45.3	17.4	2.5	0.1	100.0	1,875
Русская	81.6	13.4	5.0	0.0	100.0	21.2	36.1	27.9	14.8	0.0	100.0	100
Каракалпачка	37.8	30.1	31.5	0.6	100.0	16.7	67.0	14.4	1.4	0.6	100.0	61
Таджичка	31.7	33.6	34.7	0.0	100.0	45.1	41.2	10.9	2.9	0.0	100.0	64
Казашка	34.2	39.3	26.5	0.0	100.0	17.7	58.5	20.7	3.2	0.0	100.0	64
Татарка	(83.2)	(15.6)	(1.2)	(0.0)	(100.0)	(32.5)	(33.7)	(23.6)	(10.2)	(0.0)	(100.0)	40
Другие	75.9	12.7	11.4	0.0	100.0	13.1	43.0	37.0	6.9	0.0	100.0	80
Всего	38.9	28.7	32.4	0.0	100.0	32.6	45.5	18.5	3.3	0.1	100.0	2,285

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Таблица 3.8 Контроль женщинами своего заработка

Процентное распределение женщин, получивших наличную оплату за работу в течение последних 12 месяцев, в соответствии с тем, кто принимает решение об использовании этого заработка, в зависимости от семейного положения женщины в настоящий момент, и доля расходов домовладения, оплачиваемых заработком, Узбекистан 2002

	Замужем в настоящий момент или сожительствует							Не замужем				
Вклад в расходы домовладения	Только сама	Совместно с мужем/ партнером	Совместно с кем-то другим	Только муж/партнер	Только кто-либо другой	Всего	Кол-во женщин	Только сама	Совместно с кем-то другим	Только кто-либо другой	Всего	Кол-во женщин
Практически ничего/ничего	31.3	26.4	0.4	24.1	17.8	100.0	528	60.4	8.4	31.2	100.0	217
Менее половины	27.8	39.0	0.7	18.2	14.3	100.0	827	53.8	13.4	32.9	100.0	212
Половина или более	34.9	37.4	0.0	18.1	9.6	100.0	321	72.9	11.9	15.2	100.0	102
Все	(71.4)	(14.4)	(0.0)	(14.2)	(0.0)	(100.0)	39	95.8	0.0	4.2	100.0	37
Всего	31.2	34.3	0.5	19.9	14.2	100.0	1,716	62.4	10.4	27.2	100.0	569

Примечание: “Всего” включает 1 женщину, замужем в настоящий момент, и 1 женщину, которая не замужем, для которых пропущена информация относительно вклада в расходы домовладения.

3.7 НАХОЖДЕНИЕ МУЖЧИН ВДАЛИ ОТ ДОМА

Удаленность от дома может иногда подтолкнуть, как мужчин, так и женщин к совершению поступков, которые они не совершили бы находясь дома. Например, человек, находящийся в поездке вдали от дома вероятно может иметь сексуальный контакт с кем-либо, не являющимся его обычным сексуальным партнером или партнершей.

По данным таблицы 3.9, 16 процентов мужчин, по крайней мере, один раз находились вдали от дома в течение 12 месяцев, предшествовавших исследованию. Вероятность поездок увеличивается с уровнем образования, от 9 процентов среди мужчин с начальным/неполным средним образованием, до 25 процентов среди мужчин с высшим образованием. Частота поездок также варьирует в зависимости от региона, с удвоенным количественным мужчин в Центральном и Восточно-Центральном регионах и Ташкенте, по сравнению с мужчинами, проживающими в Западном и Восточном регионах.

Незначительное количество мужчин путешествует более одного месяца в одну поездку (4 процента). Однако, очевидно, что среди находящихся вдали от дома, повторные поездки более вероятны: медиана числа поездок, совершенных в течении 12 месяцев перед исследованием, равняется 2.0.

Таблица 3.9 Нахождение мужчин вдали от дома

Процент мужчин, которые находились вдали от дома и провели, по крайней мере, одну ночь вдали от дома, в течение 12 месяцев, предшествоваших исследованию, и процент отсутствующих месяц и дольше за одну поездку, и среди путешествующих мужчин, среднее количество поездок, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Мужчины, спавшие вне дома, по крайней мере, один раз	Мужчиныотсутствующие месяц или более за один раз	Среднее кол-во поездок	Кол-во мужчин
Возраст				
15-19	9.4	1.6	1.8	380
20-24	17.4	6.3	2.2	388
25-29	17.5	4.7	3.2	399
30-34	17.4	5.2	1.6	293
35-39	15.8	4.0	1.0	256
40-44	22.3	2.2	2.9	227
45-49	15.9	0.4	2.0	196
50-54	10.5	1.0	1.3	140
55-59	7.9	0.4	3.3	54
Семейное положение				
Никогда не состоял в браке	14.6	4.4	2.0	692
В браке или сожительствует	16.2	3.2	1.9	1,600
В разводе, живет отдельно, вдовец	13.7	0.0	5.4	40
Место жительства				
Город	17.5	4.0	2.4	916
Село	14.4	3.2	1.8	1,417
Регион				
Западный	6.5	2.2	0.9	314
Центральный	19.7	4.7	2.1	510
Восточно-Центральный	22.8	4.6	2.3	646
Восточный	8.7	2.1	2.0	665
Город Ташкент	19.8	4.0	1.9	198
Регионы расширенной выборки				
Каракалпакстан	5.8	2.3	1.0	185
Ферганская Область	8.9	3.5	1.9	259
Образование				
Начальное/неполное среднее	8.6	2.0	1.5	188
Среднее	14.0	4.0	2.0	1,311
Среднее специальное	15.7	3.9	1.8	470
Высшее	25.1	2.1	2.3	364
Национальность				
Узбек	15.6	3.3	2.1	2,011
Русский	28.0	2.8	1.9	48
Каракалпак	7.5	4.3	0.7	67
Таджик	(10.3)	(0.0)	(1.5)	60
Казах	20.3	7.1	1.6	65
Татарин	(17.6)	(11.0)	(1.0)	48
Другие	14.9	2.1	1.2	33
Всего	15.7	3.5	2.0	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных лучаях.

РОЖДАЕМОСТЬ 4

А.И.Камилов, Дж.Салливан и З.Д.Муталова

В ИЗНУ 2002 информация об истории фертильности была собрана в два этапа. Сначала, респондентов просили сообщить отдельно общее количество беременностей в их жизни, завершившихся рождением живых детей, мертворождением , абортами и выкидышами.

Далее респондентов спрашивали отдельно о каждой беременности, ее деталях, для занесения в историю беременности. Для каждой беременности была записана дата. На каждого родившегося живым ребенка была заполнена карта о поле ребенка, статусе выживания, и возрасте ребенка, если ребенок жив, и возрасте в момент смерти, если ребенок умер.

В этой главе представлены результаты относительно рождаемости, полученные из сообщенной респондентами информации про беременности, завершившиеся рождением живых детей. В главе 6 представлены результаты о беременностях, завершившихся потерей ребенка.

4.1 ТЕКУЩАЯ РОЖДАЕМОСТЬ

Таблица 4.1 показывает повозрастные коэффициенты рождаемости в течение трех лет, предшествоваших исследованию.[1] Коэффициенты рассчитаны на 1000 женщин. Сумма коэффициентов рождаемости, известная как суммарный коэффициент рождаемости (СКР), представляет собой суммарный показатель уровня рождаемости у женщины за ее репродуктивные годы. СКР интерпретируется как количество детей, которых женщина могла бы иметь в конце детородного возраста, если бы она сохранила данный повозрастной коэффициент рождаемости на протяжении всего репродуктивного периода. В таблице 4.1 представлены два других обобщающих коэффициента: общий коэффициент рождаемости (ОКР) и число родившихся (ЧР). Под ОКР понимается ежегодное количество родов, рассчитанное на 1000 женщин репродуктивного возраста 15-44 лет. ЧР представляет ежегодное количество рождений, рассчитанное на 1000 человек общего населения.[2]

Таблица 4.1 Текущая рождаемость

Повозрастной и суммарный коэффициетны рождаемости, и число родившихся в течение трех лет, предшествующих исследованию, в зависимости от городского или сельского места жительства, Узбекистан 2002

	Место жительства		
Возраст, лет	Город	Село	Всего
15-19	38	41	40
20-24	201	253	235
25-29	134	199	171
30-34	83	101	94
35-39	34	38	36
40-44	6	10	8
45-49	0	0	0
СКР (15-49)	2.48	3.21	2.92
СКР (15-44)	2.48	3.21	2.92
ОКР	86	116	104
ЧР	19.8	27.5	24.4

Примечание: Коэффициенты даны за период 1-36 месяцев, предшествующих исследованию. Коэффициенты для возрастной группы 45-49 лет могут незначительно отличаться по причине округления.
СКР = Суммарный коэффициент рождаемости, в расчете на одну женщину
ОКР = Общий коэффициент рождаемости (число родов, деленное на количество женщин 15-44 лет), в расчете на 1000 женщин
ЧР = Число родившихся, в расчете на 1000 человек населения

[1] Числитель для повозрастных коэффициентов рождаемости расчитаны посредством складывания количества живорождений, произошедших за период 1-36 месяцев, предшествующих исследованию (определяемых с даты интервью и рождения ребенка), и классифицируя данные события, в соответствии с возрастом матери на момент рождения ребенка (по пятилетним группам). Знаменателями коэффициентов является количество женщин-лет, прожитых в каждой пятилетней возрастной группе в течение 1-36 месяцев, предшествовавших исследованию.

[2] ЧР рассчитывается из рождений, записанных в истории беременности, за трехлетний период, предшествующий исследованию, и общего числа населения, записанного в анкете домохозяйства.

Таблица 4.1 показывает, что СКР в течение трехлетнего периода, предшествовавшего исследованию (2000-2002) составил 2.9 ребенка на одну женщину. Этот уровень рождаемости выше СКР, выявленного в результате проведения исследовании в 1999 году или позже в других странах бывшего Советского Союза и Восточной Европы: Румыния, 1.3 ребенка на одну женщину; Украина- 1.4; Армения - 1.7; Азербайджан- 2.1; Грузия- 1.7; Казахстан- 2.1; и одинаковый просчитанный ОКР в 2,9 ребенка на одну женщину в Туркменистане (Sullivan, J. M. Et. Al., 2003).

Общенациональный СКР в Узбекистане (2.9 ребенка на одну женщину) скрывает разницу уровней рождаемости в городских и сельских поселениях. Повозрастной коэффициент рождаемости выше среди сельских женщин в течение их репродуктивного возраста. В результате, СКР для сельских женщин (3.2 ребенка на одну женщину) более чем на пол-ребенка выше СКР для городских женщин (2.5 ребенка на одну женщину).

Как в городе, так и в силе пик детородного возраста приходится на ранние годы, а именно 20-24 года

Таблица 4.2 и рисунок 4.1 демонстрируют СКР за трехлетний период перед исследованием, в зависимости от социально-биологическихфакторов.Уровни рождаемостив Западном, Центральном, Восточно - Центральном и Восточном регионах (между 2.7 и 3.4 ребенка на женщину), гораздо выше таковых в городе Ташкенте (2.0 ребенка на женщину).

Для женщин в Узбекистане характерны похожие тенденции зависимостей между рождаемостью и образованием, которые наблюдаются в других странах, а именно, более низкая рождаемость среди женщин с более высоким уровнем образования. СКР наиболее высок для женщин с начальным/ неполным средним или со средним уровнем образования (3.1 ребенка на женщину для обеих групп), ниже среди женщин со средним специальным образованием (2.8 ребенка на женщину), и самый низкий среди женщин с высшим образованием (2.0 ребенка на одну женщину).

Национальные различия в уровне рождаемости также предсказуемы. СКР для женщин узбекской национальности (3.0

Таблица 4.2 Рождаемость в зависимости от социально-биологических факторов

Суммарный коэффициент рождаемости в течение трех лет, предшествующих исследованию, процент беременных в настоящий момент женщин 15-49 лет, и среднее количество родившихся детей у женщин 40-49 лет, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

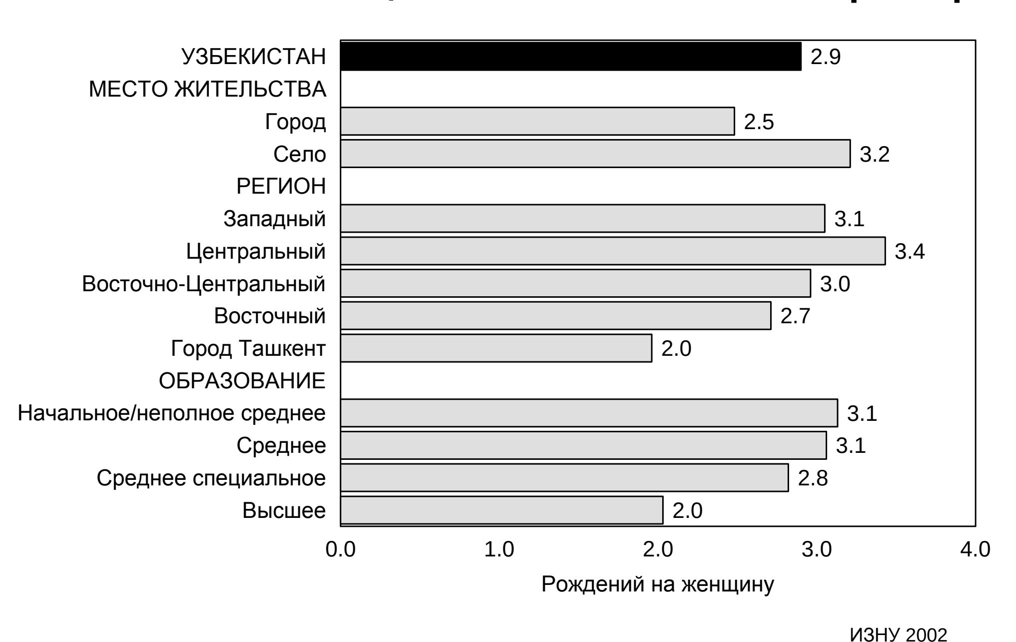
Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент рождаемости[1]	Процент беременных	Среднее кол-во детей, родившихся у женщин 40-49 лет
Место жительства			
Город	2.48	3.3	3.4
Село	3.21	4.8	5.1
Регион			
Западный	3.05	4.8	4.8
Центральный	3.43	3.8	4.7
Восточно-Центральн.	2.96	5.3	4.6
Восточный	2.71	4.2	4.2
Город Ташкент	1.96	1.9	2.6
Регионы расширенной выборки			
Каракалпакстан	2.90	4.8	4.8
Ферганская Область	2.73	4.9	4.0
Образование			
Начальное/ неполное среднее	3.13	3.9	5.1
Среднее	3.06	4.5	4.8
Среднее специальное	2.82	4.4	3.6
Высшее	2.03	3.0	3.2
Национальность			
Узбеки	2.99	4.5	4.5
Русские	1.35	0.9	1.8
Каракалпаки	2.69	4.5	4.6
Таджики	3.19	2.4	3.7
Казахи	2.95	4.1	4.7
Татары	(2.05)	0.0	2.6
Другие	2.53	4.4	3.3
Сведение концов с концами			
Большие трудности	2.90	4.3	4.5
Некоторые трудности	2.93	4.6	4.2
Небольшие трудности	2.90	4.1	4.3
Легко	3.02	2.9	3.9
Всего	2.92	4.2	4.3

Примечание: Цифры в скобках основаны на 125 до 249 женщина-лет.
[1] Женщины возраста 15-49 лет

ребенка на женщину), похож на таковой у других азиатских женщин (казашек, каракалпачек, и таджичек: между 2.7 и 3.2 ребенка на женщину), и это гораздо выше СКР для женщин русской или татарской национальностей (1.4 и 2.0 ребенка на женщину).

В таблице 4.2 представлен процент женщин, сообщивших о том, что они беременны. На момент проведения исследования, 4 процента проинтервьюированных женщин сообщили о текущей беременности. Так как при ранних сроках беременности не все женщины знают о беременности или не хотят указывать на то, что они беременны, этот процент может быть недооценен. Тем не менее, различия в статусе беременности между Ташкентом и другими регионами похожи на различия в уровнях рождаемости.

***Рисунок 4.1* Суммарный Коэффициент Рождаемости в зависимости от социально-биологических факторов**



4.2 ТЕНДЕНЦИИ РОЖДАЕМОСТИ

Показатели тенденций рождаемости представлены в таблице 4.2, где проведено сравнение СКР за 2000-2002 года (показатель рождаемости в настоящий момент) со средним количеством когда-либо рожденных детей (КРД) среди женщин 40-49 лет (показатель прошлой рождаемости). На общенациональном уровне СКР (2.9 ребенка на женщину) ниже количества КРД у женщин 40-49 лет (4.3 ребенка на женщину) – это означает, что рождаемость в Узбекистане снизилась за прошедшие три десятилетия.

Тенденции рождаемости могут также быть оценены по данным ИЗНУ, рассчитав коэффициенты рождаемости за различные промежутки времени перед исследованием. Таблица 4.3 показывает коэффициенты рождаемости за 4 трех-летних периода времени, предшествоваших

исследованию 2002 года[3]. СКР в таблице также разбиты далее на показатели повозрастных коэффициентов для четырех периодов времени.

Для большинства возрастных групп отмечается последовательное снижение повозрастного коэффициента рождаемости для каждого из четырех периодов с 1991 до 2002 годов (смотри Рисунок 4.2). СКР указывают на 31 процент снижения рождаемости (1.33 ребенка на женщину), с 4.25 до 2.92 ребенка на одну женщину.

В таблице 4.3 также показаны СКР исследования ПМДУ 1996 года. Сравнение показателей рождаемости за 1996 и 2002 указывает на снижение рождаемости на 27 процентов между 1991-1993 и 2000-2002 годами (с 4.0 ребенка до 2.9 ребенка на женщину).

Таблица 4.3 Тенденции рождаемости

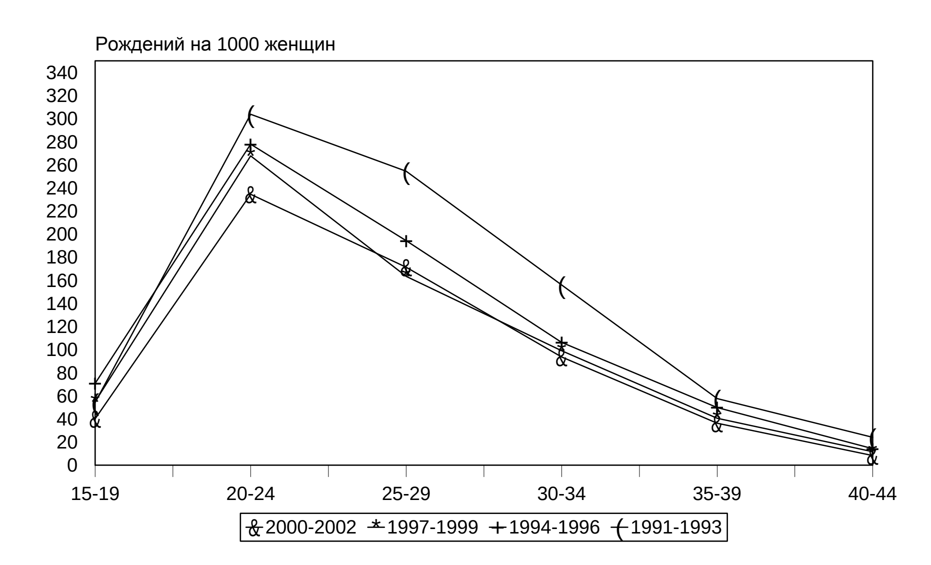
Повозрастной и суммарный коэффициенты рождаемости, в течение трех лет, предшествующих исследованию, 2002 ИЗНУ, 1996 ПМДУ, и Министерство Здравоохранения

	Трехлетний период перед исследованием			
Возраст	2000-2002	1997-1999	1994-1996	1991-1993
2002 ИЗНУ				
15-19	40.2	55.0	70.8	54.3
20-24	234.6	267.7	277.9	303.8
25-29	171.4	163.5	194.4	254.5
30-34	93.6	99.1	106.3	156.0
35-39	36.4	40.6	49.9	57.7
40-44	8.3	11.7	(14.3)	(24.1)
45-49	(0.0)	(0.0)	-	-
СКР 15-44	2.9	3.2	3.6	4.3
1996 ПМДУ				
СКР 15-44	н	н	3.3	4.0
Министерство Здравоохранения				
СКР 15-49	2.5	3.0	3.5	3.7

Примечание: Повозрастные коэффициенты расчитаны на 1000 женщин. Данные в скобках могут незначительно отличаться по причине округления.
СКР = Суммарный коэффициент рождаемости, в расчете на одну женщину
н = Неизвестны (не доступны)
Источник для статистики Министерства Здравоохранения: ВОЗ, 2003

[3] В ИЗНУ 2002 интервьюировались женщины 15-49 лет. В результате, повозрастные коэффициенты рождаемости для женщин более страшего возраста не могут быть рассчитаны за промежутки времени, далеко отдаленные от исследования. Например, нельзя просчитать коэффициенты для женщин 44-49 лет за период 9-11 лет перед исследованием, так как эти женщины были старше 50 лет на момент проведения исследования и не были проинтервьюированы. Показанные в Таблице 4.3 коэффициенты основанны на частичных или полных наблюдениях за женщинами 40-49 лет.

Рисунок 4.2 Изменение повозрастных коэффициентов рождаемости у женщин 15-44 лет



Данные об СКР, представленные Министерством Здравоохранения за двенадцатилетний период, так же полезны для определения тенденций рождаемости. За сравниваемые периоды, показатели МЗ ниже, чем СКР в ИЗНУ 2002, особенно за наиболее недавний период 2000-2001[4] годов. Тем не менее, МЗ указывают на похожие тенденции в снижении рождаемости между 1991-1993 годами и 2000-2001; то есть, общее снижение на 31 процент (от 3.73 до 2.52 ребенка на женщину).

4.3 СВЕДЕНИЯ О РОДИВШИХСЯ И ЖИВЫХ ДЕТЯХ

В таблице 4.4 представлены данные о количестве когда-либо родившихся детей (КРД) у женщин, в зависимости от 5-летних возрастных групп на момент проведения исследования. Данные представлены как для всех женщин, так и для замужних женщин.

Среди всех женщин, среднее количество КРД детей простепенно растет с увеличением возраста. Только незначительное количество женщин 15-19 лет уже рожали, и среднее количество КРД для данной группы составило 0.03. У женщин в группе 20-24 лет задокументированно в среднем немногим менее одного ребенка (0.84 КРД). Среднее количество КРД продолжает увеличиваться в более старших группах и достигает пика на уровне 4.49 КРД среди женщин 44-49 лет.

Среди замужних женщин, среднее количество КРД выше в любом возрасте, по отношению ко всем остальным женщинам. Наибольшие различия отмечаются в молодом возрасте, где выше процент незамужних и не начавших деторождение женщин. Различия между всеми женщинами и женщинами старшего возраста относительно малы, и существующие различия отражают снижающий рождаемость эффект прерывания брака (развод или вдовство).

---

[4] Наиболее свежие оценки МЗ по СКР имеет для 2000 и 2001. Так как рождаемость стабильно снижается в Узбекистане, данные МЗ для 2002 могут продолжать ту же тенденцию и в этом случае оценки МЗ для трех периодов 2000-2002 будут ниже, чем показатель 2.5 показанный в таблице 4.3 (колонка 2000-2002). Тем не менее, оценка МЗ в 2.5 является меньше, чем 2.9 по оценке исследования.

Таблица 4.4 Количество когда-либо родившихся детей и живых детей

Процентное распределение всех женщин и замужних женщин в зависимости от количества когда-либо родившихся детей (КРД), среднее количество КРД, среднее количество родившихся живых детей, и пропорция мертвых детей от количества КРД, в зависимости от возрастной группы, Узбекистан 2002

Возраст	Количество когда-либо родившихся детей: 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	Всего	Кол-во женщин	Среднее кол-во КРД	Среднее количество живых детей	Пропорция мертвых от КРД
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ																
15-19	97.5	2.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,091	0.027	0.027	0.000
20-24	45.5	30.1	19.6	4.2	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,049	0.843	0.795	0.057
25-29	10.2	14.1	39.7	28.9	6.2	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	809	2.097	1.950	0.070
30-34	4.9	7.9	24.5	34.2	19.6	5.9	2.3	0.5	0.2	0.0	0.0	100.0	734	2.860	2.626	0.082
35-39	4.2	4.7	12.2	28.6	26.2	16.1	5.2	1.8	0.8	0.0	0.2	100.0	687	3.518	3.285	0.066
40-44	3.4	4.6	9.8	19.1	21.5	20.3	10.2	6.6	3.0	0.9	0.7	100.0	626	4.160	3.752	0.098
45-49	3.9	4.7	11.6	14.6	15.8	16.3	15.4	8.8	5.6	1.0	2.3	100.0	466	4.494	3.992	0.112
Всего	31.6	10.9	16.6	16.7	10.8	6.7	3.4	1.8	0.9	0.2	0.3	100.0	5,463	2.165	1.984	0.084
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																
15-19	64.1	32.6	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	76	0.391	0.391	0.000
20-24	20.6	43.5	28.7	6.3	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	696	1.233	1.160	0.059
25-29	4.9	12.8	42.6	31.8	6.9	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	726	2.263	2.106	0.069
30-34	2.1	6.8	24.5	36.3	20.8	6.3	2.5	0.5	0.2	0.0	0.0	100.0	666	2.996	2.749	0.082
35-39	2.0	2.0	12.1	29.6	28.2	17.3	5.7	2.1	0.9	0.0	0.2	100.0	605	3.720	3.487	0.063
40-44	1.4	2.7	8.0	19.5	23.2	21.7	11.3	7.1	3.2	1.0	0.8	100.0	552	4.404	3.958	0.101
45-49	3.3	4.0	11.2	13.0	15.1	17.0	16.9	9.7	5.7	1.1	2.7	100.0	398	4.659	4.134	0.113
Всего	7.4	13.7	22.5	23.0	14.9	9.2	4.9	2.5	1.3	0.3	0.4	100.0	3,720	2.974	2.725	0.084

4.4 МЕЖРОДОВОЙ ИНТЕРВАЛ

Продолжительность межродового интервала может оказать важное воздействие на здоровье матери и ребенка. Исследования показали, что дети, рожденные в более короткие сроки от предыдущих родов, особенно при межродовом интервале менее 24 месяцев, чаще подвержены риску ранней смертности. Таблица 4.5 показывает данные о не-первых родах (т.е. вторых и далее) в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию, в соответствии с количеством месяцев со времени предыдущих родов.

В целом, 24 процента не-первых родов произошли в течение 24 месяцев после предыдущих родов (Рисунок 4.3). Этот показатель меньше, чем 30 процентов найденных в ПМДУ 1996. Так же, как и в 1996 ПМДУ, короткий межродовой интервал чаще встречается у женщин в возрастной группе 20-29 лет, чем у более старших женщин. Двадцать девять процентов не-первых родов в группе 20-29-летних женщин приходятся на промежуток времени менее 24 месяцев после предыдущих родов. Короткий межродовой интервал, также, наблюдается чаще в тех случаях, когда предыдущий ребенок умер, чем, когда ребенок был жив на момент проведения исследования.

Следует отметить, что в Восточном регионе процент родов с коротким межродовым интервалом самый низкий (18 процентов), и самый высокий в Ташкенте (36 процентов). Подобные региональные различия отмечены и в ПМДУ 1996 года.

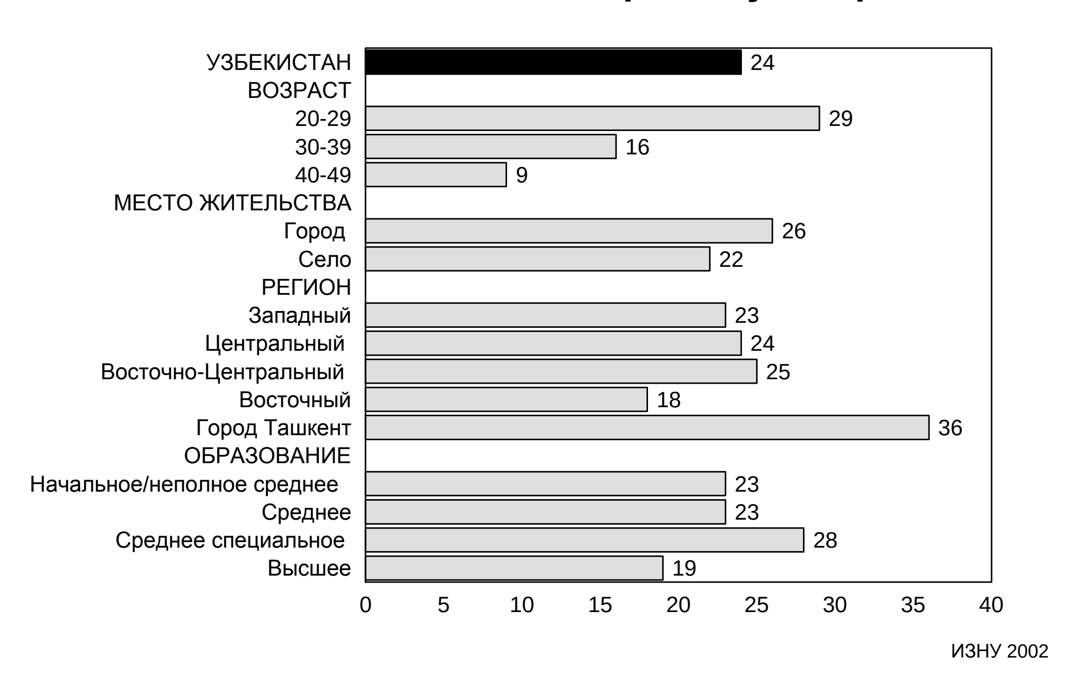
Таблица 4.5 Межродовой интервал

Процентное распределение не-первых родов в течение пятилетнего периода, предшествующего исследованию в соответствии с количеством месяцев со времени предыдущих родов, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Кол-во месяцев со времени предыдущих родов					Всего	Кол-во не первых родов	Медиана кол-ва месяцев со времени предыдущих родов
	7-17	18-23	24-35	36-47	48+			
Возраст								
15-19	*	*	*	*	*	*	2	*
20-29	12.2	17.0	36.6	18.9	15.3	100.0	963	29.8
30-39	7.1	9.0	17.1	15.8	51.1	100.0	636	48.8
40-49	3.2	5.9	19.7	12.9	58.3	100.0	72	59.3
Порядок родов								
2-3	11.2	14.9	30.9	17.1	25.9	100.0	1,232	32.9
4-6	7.2	9.2	22.2	18.4	43.0	100.0	400	41.6
7+	(2.4)	(10.7)	(14.9)	(17.5)	(54.6)	100.0	41	(54.4)
Статус выживания детей								
Живые	7.7	12.9	29.3	18.4	31.7	100.0	1,531	36.1
Мертвые	35.1	19.3	19.2	6.8	19.6	100.0	141	23.1
Место жительства								
Город	12.0	14.0	23.0	16.8	34.2	100.0	601	36.5
Село	8.9	13.1	31.5	17.7	28.8	100.0	1,072	34.6
Регион								
Западный	10.9	12.3	25.8	17.1	33.8	100.0	213	37.1
Центральный	11.5	12.6	30.2	19.7	26.0	100.0	446	33.9
Восточно-Центральный	10.1	14.9	28.9	16.8	29.3	100.0	459	33.6
Восточный	6.3	11.6	27.6	18.1	36.3	100.0	439	37.7
Город Ташкент	16.2	20.2	27.4	8.9	27.3	100.0	116	29.8
Регионы расширенной выборки								
Каракалпакстан	8.6	11.5	23.2	18.4	38.3	100.0	120	39.8
Ферганская Область	8.1	12.5	24.9	20.8	33.6	100.0	219	37.6
Образование								
Начальное/неполное среднее	12.8	9.9	41.8	13.0	22.4	100.0	170	31.0
Среднее	9.6	12.9	30.2	17.3	29.9	100.0	1,032	35.0
Среднее специальное	11.2	17.2	19.1	19.2	33.3	100.0	336	36.8
Высшее	6.4	12.5	21.0	19.3	40.8	100.0	135	40.8
Сведение концов с концами								
Большие трудности	8.8	11.0	28.4	17.6	34.2	100.0	484	37.4
Некотор. трудности	10.2	14.7	30.2	16.7	28.2	100.0	565	33.7
Небольш. трудности	12.1	13.8	26.6	14.8	32.8	100.0	491	34.9
Легко	5.9	15.9	27.8	29.0	21.4	100.0	131	36.1
Всего	10.0	13.5	28.4	17.4	30.7	100.0	1,673	35.1

Примечание: Первые роды исключены. Интервал при нескольких родах составляет количество месяцев со времени предыдущей беременности, закончившейся рождением живого ребенка. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.

Рисунок 4.3 Процент не-первых родов, произошедших в течение 24 месяцев после предыдущих родов



4.5 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВЫХ РОДАХ

Возраст женщин при первом деторождении является важным демографическим индикатором, который отражается как на здоровье матери, так и ребенка. Раннее деторождение в условиях, когда методы планирования семьи не находят широкого применения, как правило, сопряжено с многодетностью семей и быстрым ростом населения.

Таблица 4.6 отражает процент всех женщин, впервые родивших до определенного возраста, и медиану возраста при первых родах согласно возрасту женщины на время проведения интервью. Средний возраст при первых родах не может быть вычислен для женщин 15-19 и 20-24 лет, потому что менее чем 50 процентов женщин в этих возрастных группах рожали до достижения ими нижней границы возрастной группы. Несмотря на это, последние тенденции, связанные с началом деторождения, можно проследить, сравнив общие проценты рожавших в 1996 и 2002 годах. В исследовании 1996 года, 7 процентов 15-19 летних женщин и 60 процентов 20-24 летних женщин рожали в первый раз. В 2002 году, 2 процента 15-19 летних и, соответственно 54 процента 20-24 летних, рожали в первый раз. Спад в показателях говорит о том, что между 1996 и 2002 годами женщины откладывали деторождение.

Таблица 4.6 Возраст при первых родах

Среди всех женщин, процент впервые родивших до определенного возраста, и медиана возраста при первых родах, в зависимости от настоящего возраста, Узбекистан 2002

Процент родивших Настоящий возраст	Процент до определенного возраста: 18	20	22	25	никогда не рожавших	Кол-во женщин	Медиана возраста при первых родах
15-19	Нп	Нп	Нп	Нп	97.5	1,091	a
20-24	3.8	23.3	Нп	Нп	45.5	1,049	a
25-29	2.5	30.1	64.3	85.4	10.2	809	21.0
30-34	0.8	19.2	59.2	83.8	4.9	734	21.5
35-39	0.8	18.3	52.8	81.2	4.2	687	21.8
40-44	1.4	19.7	53.9	80.8	3.4	626	21.8
45-49	4.4	28.3	54.4	79.8	3.9	466	21.6

Нп = Данные неприемлемы

[a] Медиана не была расчитана по причине того, что менее чем у 50 процентов женщин в возрастной группе *x* до *x+4* вышли замуж до достижения ими нижней границы возраста X.

В таблице 4.7 представлена медиана возраста женщин при первых родах, в зависимости от социально-биологических факторов. Как и предполагалось, у городских женщин медиана возраста при первых родах выше, чем у сельских женщин. Таким же образом, средний возраст при первых родах приблизительно на один год выше среди женщин в Ташкенте, чем среди женшин в других регионах. Самые большие различия по медиане возраста при первых родах у женщин связаны с образованием, где медиана на 3 года больше у женщин с высшим образованием, по сравнению с женщинами с более низкими уровнями образования. Это характеризует женщин 25-29 лет, у которых медиана возраста при первых родах составила 23.5 лет среди женщин с высшим образованием и 20.1 год среди женщин с образованием ниже среднего.

Таблица 4.7 Медиана возраста при первых родах, в зависимости от социально-биологических факторов

Медиана возраста при первых родах среди жещин 25-49 лет, в зависимости от настоящего возраста и социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст, лет					Женщины 25-49 лет
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Место жительства						
Город	21.3	21.9	22.0	22.5	22.5	22.0
Село	20.9	21.3	21.7	21.4	21.1	21.3
Регион						
Западный	21.6	21.8	22.8	21.7	20.7	21.8
Центральный	20.8	21.8	21.9	21.9	22.2	21.7
Восточно-Центральн.	20.8	21.2	22.0	22.0	21.0	21.4
Восточный	20.9	21.2	21.4	21.3	21.2	21.2
Город Ташкент	22.2	22.9	22.4	22.7	23.8	22.7
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	21.8	22.2	23.1	21.9	20.8	22.0
Ферганская Область	20.6	21.0	21.5	21.3	21.1	21.1
Образование						
Начальное/ неполное среднее	20.1	21.4	21.6	21.3	20.6	21.0
Среднее	20.7	21.0	21.3	21.2	20.7	21.0
Среднее специальное	21.7	21.8	22.3	22.5	23.1	22.1
Высшее	23.5	23.2	23.8	23.7	24.7	23.7
Национальность						
Узбеки	21.0	21.5	21.8	21.7	21.5	21.5
Русские	24.2	22.2	21.4	23.6	23.3	23.0
Каракалпаки	21.6	22.4	22.8	22.7	20.9	22.0
Таджики	20.3	20.0	21.8	22.0	22.1	21.2
Казахи	20.5	22.5	23.2	22.6	21.9	22.3
Татары	22.4	27.4	23.7	23.6	24.7	23.8
Другие	24.9	21.2	23.2	21.3	22.6	22.1
Сведение концов с концами						
Большие трудности	21.2	21.6	21.9	21.8	21.2	21.6
Некоторые трудности	21.1	21.8	22.0	22.0	21.4	21.7
Небольшие трудности	20.8	21.1	21.7	21.5	21.9	21.3
Легко	20.9	21.5	21.5	21.8	21.8	21.5
Всего	21.0	21.5	21.8	21.8	21.6	21.5

Примечание: Средний возраст для групп 15-19 и 20-24 лет не могли быть определены по причине того, что у менее чем 50 процентов женщин роды были до достижения ими точного возраста в 15 и 20 лет, соответственно.

4.6 БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Деторождению среди женщин 15-19 лет должно предаваться особое внимание, поскольку было доказано, что во многих странах, где характерно ранее деторождение, это приводит к проблемам социального и медицинского характера для детей и матерей. Дети, рожденные молодыми матерями, особенно до 18 лет, подвержены более высокому риску заболеваемости и смертности, чем дети, рожденные матерями более старшего возраста.

Таблица 4.8 показывает процент женщин 15-19 лет, уже являющихся матерями или впервые беременными на момент проведения исследования. Раннее деторождение не является нормой в Узбекистане: только 4 процента женщин 15-19 лет уже начали деторождение (были матерями или были впервые беременными). Эти данные указывают на снижение показателя для женщин 15-19 лет, начавших деторождение, с 10 процентов в 1996 году.

Как и предполагалось, доля женщин, начавших деторождение, стремительно возрастает в позднем подростковом возрасте и достигает отметки в 17 процентов у женщин 19 лет.

Таблица 4.8 Подростковая беременность и материнство

Процент женщин 15-19 лет, явлющихся матерями или впервые беременными в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент тех, кто: Является матерями	Впервые беременны	Процент уже рожавших и беременных	Кол-во женщин
Возраст				
15	0.0	0.0	0.0	214
16	0.0	0.0	0.0	231
17	0.6	0.6	1.2	237
18	2.9	0.6	3.5	190
19	9.4	7.3	16.7	218
Место жительства				
Город	2.5	2.5	5.0	378
Село	2.5	1.3	3.8	713
Регион				
Западный	2.0	2.0	4.0	147
Центральный	3.3	0.5	3.8	280
Восточно-Центральный	2.8	2.5	5.3	279
Восточный	1.7	2.0	3.8	299
Город Ташкент	2.6	1.5	4.1	85
Регионы расшир енной выборки				
Каракалпакстан	2.2	1.5	3.7	79
Ферганская Область	4.3	2.0	6.3	122
Образование				
Начальное/ Неполное среднее	2.2	0.9	3.1	213
Среднее	3.1	2.2	5.3	654
Среднее Специальное	1.1	1.2	2.3	179
Высшее	(1.4)	(0.0)	(1.4)	45
Сведение концов с концами				
Большие трудности	3.6	2.0	5.6	283
Некоторые трудности	1.2	1.6	2.8	387
Небольшие трудности	2.4	1.6	4.0	349
Легко	6.0	1.9	7.9	68
Всего	2.5	1.7	4.2	1,091

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

КОНТРАЦЕПЦИЯ 5

Дж. М.Салливан и А.И.Камилов

В Узбекистане, планирование семьи является составной частью материнского и детского медицинского обслуживания, и осуществляется персоналом женских консультаций, и также акушерами и гинекологами в поликлиниках и больницах. Министерство здравоохранения берет на себя ответственность за поставку контрацептивов, которые доступны бесплатно во многих государственных аптеках, женских консультациях и больницах. Помимо этого, в последние годы контрацептивы (главным образом оральные контрацептивы и инъекции) появились в частных аптеках.

В данной главе представлена информация, собранная от женщин-респондентов относительно вопросов планирования семьи. Тема планирования семьи, изложенная в этой главе, включает в себя осведомленность о методах контрацепции, опыте их применения когда-либо и в настоящее время, и количестве детей при первом использовании контрацепции. Было проведено сравнение уровня использования контрацепции между результатами ПМДУ 1996 года и ИЗНУ 2002 года.

5.1 ПРОЦЕДУРА СБОРА ДАННЫХ

Осведомленность о методах контрацепции является предпосылкой получения доступа к ним и дальнейшего использования подходящего метода контрацепции. Данные относительно контрацепции были собраны путем опроса респондентов, при котором они должны были назвать методы и способы, с помощью которых пары могут избежать или отложить беременность. Когда респондент затруднялся назвать тот или иной метод самостоятельно, интервьюер описывал(а) метод и затем выяснял(а), если респондент осведомлен о нем.

Информация относительно осведомленности респондентов была получена по одиннадцати современным методам: женская и мужская стерилизация, таблетки, ВМС, инъекции, импланты, мужские и женские презервативы, диафрагма, пена/гель, метод лактационной аменореи (ЛАМ) и чрезвычайная контрацепция. Также была собрана информация по трем традиционным методам: периодическому воздержанию, прерванному половому акту и народным методам, такому как душ. Респондентов спрашивали, если они когда-либо использовали каждый из методов. Использование контрацепции в настоящий момент определялось при помощи вопроса о том, использует ли она (или ее партнер) какой-либо метод, и при положительном ответе, метод уточнялся.

В исследовании 2002 г. были заданы вопросы о трёх современных методах контрацепции (женский презерватив, ЛАМ и чрезвычайной контрацепции), о которых не спрашивали в ПМДУ 1996 года. Это означает, что полученные в двух исследованиях данные не сопоставимы, если данные не скорректированы путем исключения эффекта, оказанного дополнительными методами, добавленными в иследовании 2002 года. В разделе 5.5 этой главы выявлены тенденции использования контрацепции на момент исследования между 1996 и 2002 годами, с учетом корректировки данных ИЗНУ 2002 года.

5.2 ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

Информация об уровнях осведомленности респондентов о методах контрацепции представлена в Таблице 5.1. Среди всех женщин уровень осведомленности, по крайней мере, об одном методе контрацепции высок (91 процентов), в то время как уровень осведомленности, по

крайней мере, об одном традиционном методе ниже (46 процентов). Также, среднее количество известных методов достаточно высоко, 5 методов.

Наиболее известный метод - ВМС (90 процентов всех женщин). На втором месте - таблетки, инъекции и презервативы (73 процентов, 66 процентов, 57 процента, соответственно). Менее известны методы ЛАМ и женская стерилизация (43 процента и 42 процента, соответственно). В сравнении с ПМДУ 1996 г., более высокий процент респондентов в ИЗНУ 2002 сообщили об осведомленности о каждом из этих современных методов контарцепции. В ходе двух проведённых исследований, было выявлено, что знания респондентов о контрацепции увеличились в среднем от четырех до пяти методов.

Таблица 5.1 также показывает данные об осведомленности всех женщин, замужних в настоящий момент[1], незамужних и когда-либо состоявших в половых отношениях, и никогда не имевших половых отношений женщин. Знание методов контрацепции находится на высоком уровне среди замужних женщин (99 процентов) и незамужних, но когда-либо состоявших в половых отношениях женщин (97 процентов). Однако, уровень осведомленности значительно ниже среди женщин, никогда не имевших половых отношений (69 процентов). Среднее число известных методов среди замужних женщин составляет шесть. Однако, среди женщин без сексуального опыта, среднее число известных методов всего два. Информацией о планировании семьи необходимо обеспечить женщин репродуктивного возраста, которые еще не имели половых связей, так как большинство этих женщин в скором времени начнут половую жизнь.

Таблица 5.1 Осведомленность о методах контрацепции

Процент всех женщин, замужних в настоящий момент, когда-либо состоявших в половых отношениях незамужних женщин, и никогда не имевших половых отношений женщин, осведомленных о методах контрацепции, в зависимости от определенного метода, Узбекистан 2002

Метод контрацепции	Все женщины	Замужние женщины	Незамужние женщины: Имевшие половые отношения	Незамужние женщины: Никогда не имевшие половых отношений
Любой метод	91.0	98.8	97.4	68.6
Любой современный метод	90.9	98.7	97.4	68.6
Женская стерилизация	41.9	50.9	49.8	16.0
Мужская стерилизация	6.5	7.6	11.3	2.5
Таблетка	72.9	84.5	84.0	39.5
ВМС	89.6	98.0	97.0	65.8
Инъекции	65.5	77.9	72.2	31.0
Импланты	2.6	2.9	4.6	1.3
Мужской презерватив	57.0	67.6	75.4	24.3
Женский презерватив	5.0	5.6	10.1	2.3
Диафрагма	2.3	2.6	4.2	1.3
Пена/гель	7.9	9.5	13.4	2.4
Чрезвычайная контрацепция	8.1	9.9	13.4	2.2
ЛАМ	42.9	54.8	48.8	9.9
Любой традиционный метод	45.8	58.0	61.3	9.9
Периодическое воздержание	33.7	41.2	51.7	9.2
Прерванный акт	34.6	45.3	41.5	4.6
Народный метод	2.6	3.1	6.4	0.2
Количество женщин	5,463	3,720	339	1,406
Среднее количество известных методов	4.7	5.6	5.8	2.1

ЛАМ = Метод лактационной аменореи

[1] Категория замужних в настоящий момент женщин включает женщин в формальных союзах (гражданском или религиозном) и неформальных союзах (сожительство).

В таблице 5.2 представлен процент замужних женщин, которые осведомлены о конкретных методах контрацепции и процент знающих о любом современном и традиционном методе контрацепции, в зависимости от социально-биологических факторов. Знание, по крайней мере, одного современного метода, практически универсально среди всех подгрупп замужних женщин (96 процентов и выше), за исключением женщин 15-19 лет (85 процентов).

Таблица 5.2 Осведомленность о методах контрацепции в зависимости от социально-биологических факторов

Процент замужних женщин, которые осведомлены, по крайней мере об одном методе контрацепции и, по-крайней мере, об одном современном методе контрацепции, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Знает любой метод	Знает любой современный метод[1]	Кол-во женщин
Возраст			
15-19	84.7	84.7	76
20-24	97.1	97.1	696
25-29	99.6	99.6	726
30-34	99.6	99.6	666
35-39	99.8	99.8	605
40-44	99.7	99.6	552
45-49	99.2	98.3	398
Место жительства			
Город	99.4	99.2	1,434
Село	98.5	98.4	2,286
Регион			
Западный	99.6	99.6	446
Центральный	99.8	99.8	889
Восточно-Центральный	98.1	97.8	999
Восточный	97.9	97.8	1,082
Город Ташкент	100.0	100.0	304
Регионы расширенной выборки			
Каракалпакстан	99.2	99.2	238
Ферганская Область	95.9	95.7	471
Образование			
Начальное/неполное среднее	97.6	97.6	316
Среднее	98.6	98.6	2,234
Среднее специальное	99.5	99.1	771
Высшее	99.6	99.4	399
Национальность			
Узбеки	98.8	98.7	3,220
Русские	100.0	100.0	93
Каракалпаки	99.6	99.6	84
Таджики	97.0	96.4	111
Казахи	98.4	98.4	93
Другие	100.0	100.0	121
Сведение концов с концами			
Большие трудности	99.1	98.9	1,006
Некоторые трудности	98.8	98.7	1,296
Небольшие трудности	98.7	98.6	1,122
Легко	98.4	98.4	292
Всего	98.8	98.7	3,720

[1] Женская стерилизация, мужская стерилизация, таблетка, ВМС, инъекции, импланты, мужской презерватив, женский презерватив, диафрагма, пена или гель, лактационная аменорея (ЛАМ), и чрезвычайная контрацепция.

5.3 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОГДА-ЛИБО В ПРОШЛОМ

Всех респондентов, кто слышал хотя бы об одном методе контрацепции, спрашивали, использовали ли они (или их партнер) когда-либо данный метод. В таблице 5.3 показана статистика использования методов контрацепции когда-либо, среди всех женщин, замужних в настоящий момент, и незамужних сексуально-активных женщин.

По крайней мере, один раз в жизни, 62 процента всех женщин использовали метод контрацепции. Уровень использования методов контрацепции когда-либо в жизни находится на более низком уровне среди всех женщин, по сравнению с замужними женщинами, так как последняя категория включает женщин, никогда не имевших половых отношений и тех, кто не использует методы контрацепции.

Среди замужних в настоящий момент женщин, 85 процентов использовали методы контрацепции. Процент когда-либо использовавших контрацепцию достаточно высок (82 процента), и наиболее широко использованным методом являлась ВМС. Тем не менее, значительная доля замужних женщин однажды использовали традиционный метод (25 процентов). Из традиционных методов, которым когда-либо пользовались респонденты, наиболее часто назывались прерванный акт (18 процентов) и периодическое воздержание (календарный метод) (12 процентов).

Таблица 5.3 Использование методов контрацепции когда-либо

Процент всех женщин, замужних в настоящий момент, незамужних сексуально-активных женщин, когда-либо применявших любой метод контрацепции, в зависимости от конкретного метода и возраста, Узбекистан 2002

		Современный метод													Традиционный метод				
Возраст	Любой метод	Любой современный метод	Женск. стерилизация	Мужск. стерилизация	Таблетки	ВМС	Инъекции	Импланты	Мужской презерватив	Женский презерватив	Диафрагма	Пена/гель	Чрезвычайная контрацепция	ЛАМ	Любой традиционный метод	Периодическ. воздержание	Прерванный акт	Народный метод	Кол-во женщин
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ																			
15-19	2.2	1.9	0.0	0.0	0.3	0.7	0.1	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.7	0.2	0.6	0.0	1,091
20-24	46.7	45.4	0.1	0.0	4.7	35.8	2.2	0.0	6.7	0.0	0.1	0.3	0.2	14.6	10.9	5.6	7.8	0.1	1,049
25-29	83.6	81.8	0.6	0.0	13.4	72.1	9.5	0.0	10.5	0.0	0.0	0.6	0.4	21.8	23.1	11.1	17.3	1.0	809
30-34	86.3	84.6	2.6	0.0	12.3	77.9	7.2	0.0	18.2	0.0	0.0	0.4	0.6	18.8	25.0	9.9	18.4	2.0	734
35-39	88.8	86.2	5.1	0.1	16.8	80.2	12.1	0.4	17.8	0.6	0.0	0.8	0.5	20.3	29.0	15.5	19.9	1.9	687
40-44	88.4	86.2	4.0	0.0	13.8	76.3	11.7	0.0	16.4	0.0	0.0	0.2	0.3	20.6	30.7	14.5	21.2	3.1	626
45-49	80.9	78.1	4.4	0.3	14.4	65.1	10.8	0.4	15.0	0.6	0.0	0.1	0.0	21.5	27.9	14.6	18.0	2.5	466
Всего	61.6	60.0	1.9	0.0	9.5	52.5	6.6	0.1	10.8	0.1	0.0	0.3	0.3	15.6	18.6	9.0	13.1	1.2	5,463
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ																			
15-19	30.2	25.8	0.0	0.0	4.9	10.1	0.8	0.0	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0	17.6	9.9	3.5	8.6	0.0	76
20-24	67.1	65.1	0.1	0.0	6.8	52.3	3.3	0.0	7.8	0.0	0.2	0.2	0.4	21.3	15.5	7.8	11.1	0.1	696
25-29	89.4	87.4	0.6	0.0	14.3	77.9	10.3	0.0	10.4	0.0	0.0	0.7	0.5	23.5	24.8	12.2	18.5	1.1	726
30-34	91.0	89.1	2.2	0.0	13.0	82.1	7.5	0.0	18.7	0.0	0.0	0.1	0.2	19.9	26.1	10.4	19.4	2.0	666
35-39	93.3	91.2	5.8	0.1	17.1	85.5	13.1	0.5	18.1	0.7	0.0	0.9	0.6	21.3	30.4	15.6	21.5	2.0	605
40-44	92.3	89.9	4.6	0.0	14.2	80.5	12.6	0.0	16.1	0.0	0.0	0.2	0.4	20.4	30.7	13.6	22.2	2.8	552
45-49	82.7	79.6	4.1	0.0	15.7	67.6	11.9	0.4	14.2	0.7	0.0	0.1	0.0	22.1	28.7	14.0	19.5	2.6	398
Всего	84.6	82.4	2.6	0.0	13.1	73.0	9.3	0.1	13.8	0.2	0.0	0.4	0.4	21.3	25.2	11.8	18.2	1.6	3,720
СЕКСУАЛЬНО-АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ[1]																			
Всего	78.5	76.6	0.0	0.0	9.5	57.2	0.0	0.0	41.6	0.0	0.0	2.0	0.0	10.2	23.8	9.5	20.2	1.5	31

ЛАМ = Метод лактационной аменореи

[1] Женщины, состоявшие в половых отношениях за последний месяц перед исследованием.

Среди замужних женщин, процент когда-либо пользовавшихся контрацепцией, резко возрастает с 30 процентов для группы 15-19 летних, до 67 процентов для 20-24 летних; остается устойчивыми (около 90 процентов) для женщин 25-45 лет; и снижается до 83 процентов среди женщин 45-49 лет.

Среди не состоящих в браке сексуально активных женщин, процент когда-либо пробовавших использование контрацепции также высок. Семьдесят-девять процентов этих женщин отметили использование контрацептивного метода, в какой-либо период жизни. Наиболее часто респонденты использовали ВМС (57 процентов), и мужской презерватив (42 процентов).

5.4 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

В таблице 5.4 показан уровень использования контрацепции в настоящее время. Приблизительно половина женщин репродуктивного возраста (48 процентов) сообщили об использовании методов контрацепции в настоящий момент; 44 процента использовали современные методы, и 4 процента использовали традиционные методы. Около двух-третей замужних женщин (68 процентов) сообщили об использовании методов контрацепции в настоящее время; 63 процента использовали современные методы, и другие 5 процентов использовали традиционные методы.

Таблица 5.4 Использование методов контрацепции в настоящий момент

Процентное распределение всех женщин, замужних в настоящий момент, незамужних сексуально-активных женщин в соответствии с конкретным применяемым методом, в зависимости от возраста, Узбекистан 2002

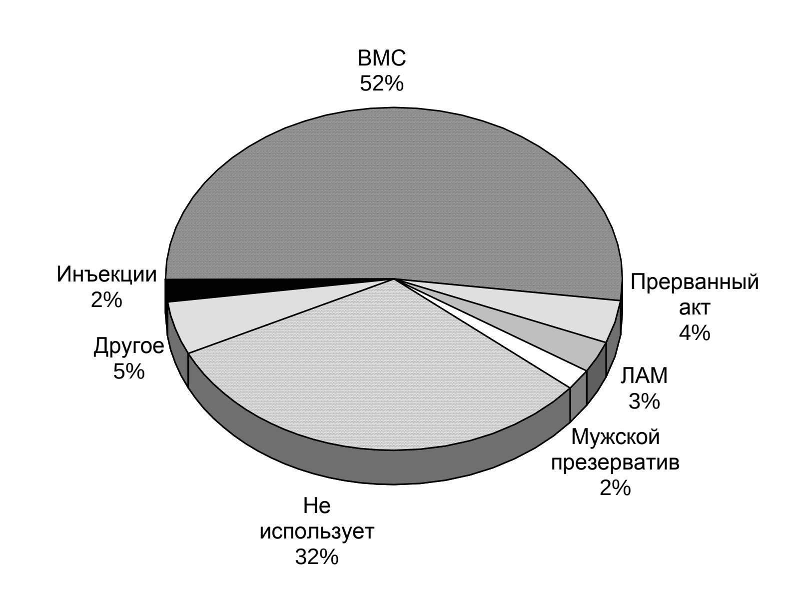
		Современный метод								Традиционный метод						
Возраст	Любой метод	Любой современный метод[1]	Женск. стерилизация	Таблетка	ВМС	Инъекции	Мужской презерватив	Пена/гель	ЛАМ	Любой традиционный метод	Периодическ. воздержание	Прерванный акт	Народный метод	Не использует в наст. момент	Всего	Кол-во женщин
								ВСЕ ЖЕНЩИНЫ								
15-19	1.9	1.6	0.0	0.2	0.6	0.0	0.1	0.0	0.8	0.3	0.0	0.3	0.0	98.1	100.0	1,091
20-24	35.4	33.5	0.1	1.1	25.5	0.4	1.6	0.0	4.8	1.9	0.2	1.6	0.0	64.6	100.0	1,049
25-29	65.7	61.5	0.6	1.2	53.1	1.8	1.6	0.0	3.2	4.2	0.8	3.3	0.1	34.3	100.0	809
30-34	71.4	65.6	2.6	1.8	55.5	1.5	2.4	0.0	1.8	5.8	1.2	4.1	0.5	28.6	100.0	734
35-39	75.5	71.9	5.1	2.1	59.5	2.5	1.8	0.0	0.8	3.6	2.2	1.4	0.1	24.5	100.0	687
40-44	67.9	61.2	4.0	1.6	49.8	3.4	2.1	0.0	0.2	6.8	1.1	5.2	0.4	32.1	100.0	626
45-49	43.1	38.6	4.4	0.5	30.7	1.1	1.7	0.1	0.0	4.6	0.9	2.9	0.8	56.9	100.0	466
Всего	47.5	44.0	1.9	1.2	36.1	1.3	1.5	0.0	1.9	3.5	0.8	2.4	0.2	52.5	100.0	5,463
								ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ								
15-19	26.8	22.4	0.0	2.2	7.9	0.0	0.5	0.0	11.7	4.5	0.0	4.5	0.0	73.2	100.0	76
20-24	52.0	49.4	0.1	1.5	38.0	0.6	2.1	0.0	7.1	2.6	0.4	2.2	0.0	48.0	100.0	696
25-29	71.6	67.1	0.6	1.4	58.1	2.0	1.5	0.0	3.6	4.4	0.9	3.5	0.1	28.4	100.0	726
30-34	76.4	69.9	2.2	2.0	59.7	1.6	2.6	0.0	2.0	6.4	1.3	4.5	0.6	23.6	100.0	666
35-39	82.4	78.4	5.8	2.2	64.6	2.9	1.9	0.0	0.9	4.0	2.4	1.6	0.1	17.6	100.0	605
40-44	75.6	68.3	4.6	1.8	55.7	3.8	2.2	0.0	0.2	7.4	1.1	5.8	0.4	24.4	100.0	552
45-49	47.7	42.5	4.1	0.6	34.5	1.3	1.9	0.1	0.0	5.2	0.9	3.4	0.9	52.3	100.0	398
Всего	67.7	62.8	2.6	1.6	51.8	2.0	2.0	0.0	2.8	4.9	1.1	3.5	0.3	32.3	100.0	3,720
								СЕКСУАЛЬНО-АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ[2]								
Всего	53.1	44.4	0.0	2.1	32.1	0.0	10.1	0.0	0.0	8.8	1.7	5.6	1.5	46.9	100.0	31

Примечание: Если указывалось более одного метода, используемым методом считался наиболее эффективный метод.
[1] Включает женский презерватив и чрезвычайную контрацепцию.
[2] Женщины, состоявшие в половых отношениях за последний месяц перед исследованием.
ЛАМ = Метод лактационной аменореи

Рисунок 5.1 демонстрирует процентное распределение замужних женщин по используемому ими в данный момент методу контрацепции. Самым широко используемым методом является ВМС; немногим более половины замужних женщин сообщили о ее использовании (52 процента). Никакой другой метод современной контрацепции не используется более, чем 4 процентами замужних женщин. Таким образом, практика планирования семьи в Узбекистане основана полностью на использовании одного метода, ВМС, в то время как другие современные методы широко известны. Так как цель программы планирования семьи состоит в том, чтобы обеспечить каждую женщину возможностью выбора безопасных и эффективных методов, программа должна обеспечить женщин информацией о подходящих методах и возможном выборе различных методов контрацепции.

Использование методов современной контрацепции устойчиво растет по мере увеличения возраста, и достигает пика среди 35-39 летних (78 процентов замужних женщин), и затем снижается среди женщин 40-44 лет (76 процентов) и 45-49 лет (48 процентов). Среди замужних женщин, ВМС был наиболее часто используемым методом во всех возрастных группах, за исключением женщин 15-19 лет, где наиболее часто используемым методом был ЛАМ (12 процентов). Использование определенных традиционных методов среди замужних женщин находится на низком уровне 6 процентов во всех возрастных группах.

Рисунок 5.1 Использование методов контрацепции в настоящий момент среди замужних женщин



ИЗНУ 2002

В таблице 5.5 и на рисунке 5.2 показано использование методов контрацепции замужними женщинами, в зависимости от социально-биологических факторов. Важной находкой является факт высокого уровня использования контрацепции во всех категориях. Процент замужних женщин, использующих какой-либо метод фактически идентичен в городе и селе (66 процентов и 69 процентов, соответственно) и очень высок во всех регионах (между 62 и 76 процентами). Различия в использовании методов контрацепции незначительны даже по уровню образования (в промежутке между 63 и 69 процентами).

Как и предполагалось, наиболее значимые отличия в уровне использования контрацепции, существуют в зависимости от количества детей. Процент использующих методы планирования семьи не высок среди замужних женщин без детей (4 процента), стремительно нарастая до 50 процентов среди женщин с одним ребенком, и стабилен на уровне 76 процентов среди женщин с двумя и более детьми.

Таблица 5.5 Использование методов контрацепции в настоящий момент в зависимости от социально-биологических факторов

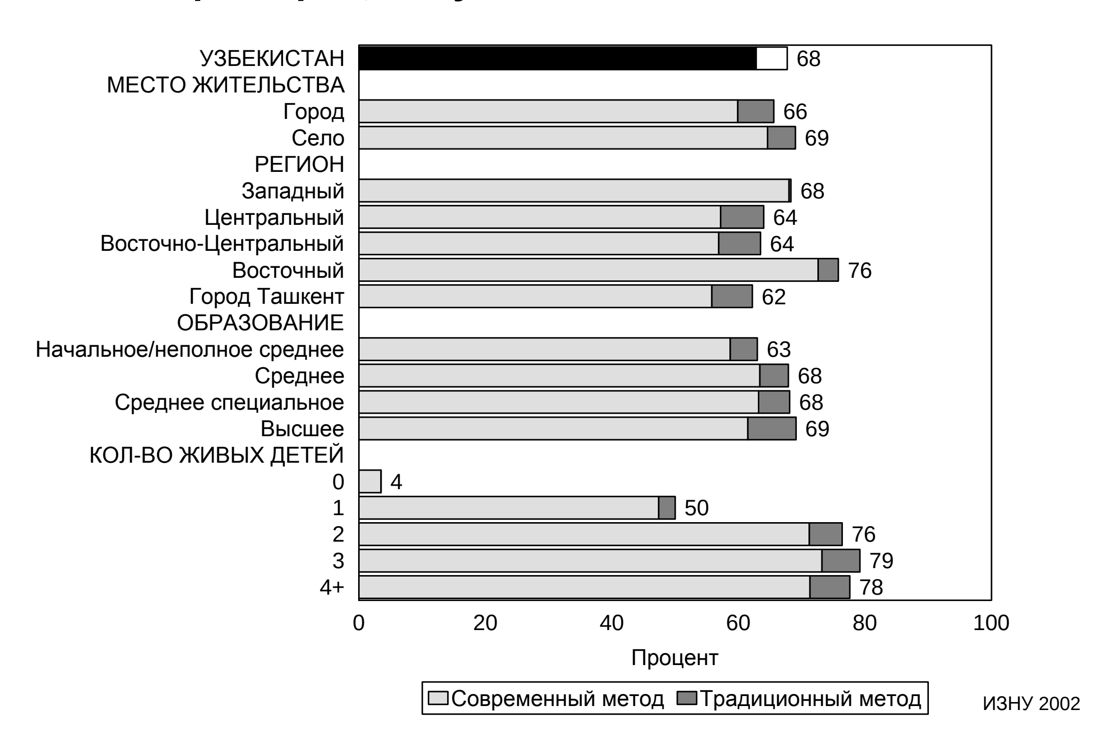
Процентное распределение замужних женщин, в соответствии с используемым в настоящий момент методом контрацепции, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

		Современный метод								Традиционный метод						
Социально-биологические факторы	Любой метод	Любой современный метод	Женск. стерилизация	Таблетка	ВМС	Инъекции	Мужской презерватив	Пена/гель	ЛАМ	Любой традиционный метод	Периодическ. воздержание	Прерванный акт	Народный метод	Не использует в наст. момент	Всего	Кол-во женщин
Место жительства																
Город	65.6	59.9	2.1	2.1	48.8	1.6	3.6	0.0	1.7	5.7	1.5	3.5	0.7	34.4	100.0	1,434
Село	69.0	64.6	2.9	1.4	53.6	2.2	1.0	0.0	3.5	4.4	0.9	3.5	0.1	31.0	100.0	2,286
Регион																
Западный	68.3	68.0	2.9	1.5	57.0	2.4	0.6	0.0	3.7	0.3	0.2	0.2	0.0	31.7	100.0	446
Центральнй	64.0	57.2	4.4	1.2	45.0	1.7	1.3	0.0	3.6	6.8	1.4	4.8	0.6	36.0	100.0	889
Восточно-Центральн.	63.5	56.9	2.1	1.6	46.2	2.2	2.6	0.0	2.2	6.6	1.1	5.3	0.2	36.5	100.0	999
Восточный	75.8	72.6	1.6	2.0	62.6	2.2	1.2	0.0	3.0	3.2	0.5	2.6	0.1	24.2	100.0	1,082
Город Ташкент	62.2	55.8	1.9	2.0	43.5	0.4	7.2	0.2	0.6	6.4	3.9	1.8	0.7	37.8	100.0	304
Регионы расширенной выборки																
Каракалпакстан	67.9	67.9	1.9	0.7	59.6	2.1	0.4	0.0	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	32.1	100.0	238
Ферганская Область	74.9	72.7	1.1	1.8	62.5	2.1	1.1	0.0	3.9	2.2	0.9	1.1	0.2	25.1	100.0	471
Образование																
Начальное/неполное среднее	63.0	58.7	3.1	0.5	47.6	1.6	0.2	0.0	5.5	4.3	0.2	4.1	0.0	37.0	100.0	316
Среднее	67.9	63.4	2.6	1.5	53.1	1.8	1.5	0.0	2.8	4.5	1.0	3.4	0.1	32.1	100.0	2,234
Среднее специальн.	68.1	63.2	2.3	1.4	51.0	2.6	3.2	0.0	2.6	4.9	0.7	3.3	0.9	31.9	100.0	771
Высшее	69.2	61.5	2.4	3.7	48.8	1.9	4.0	0.0	0.9	7.6	3.6	3.7	0.3	30.8	100.0	399
Количество живых детей																
0	3.5	3.5	0.6	0.6	0.6	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	96.5	100.0	294
1	50.0	47.4	1.1	2.3	34.3	0.2	1.9	0.0	7.6	2.6	0.8	1.7	0.1	50.0	100.0	560
2	76.4	71.2	2.4	1.7	60.5	1.3	2.3	0.1	2.9	5.2	1.0	3.9	0.4	23.6	100.0	917
3	79.2	73.2	2.2	1.2	61.9	3.5	2.3	0.0	2.2	6.0	2.3	3.5	0.2	20.8	100.0	881
4+	77.5	71.3	4.4	1.9	59.2	2.7	1.7	0.0	1.4	6.3	0.8	5.0	0.4	22.5	100.0	1,068
Национальность																
Узбеки	68.4	63.8	2.6	1.6	52.9	2.0	1.6	0.0	3.0	4.6	0.9	3.4	0.2	31.6	100.0	3,220
Русские	57.1	45.1	3.7	3.0	32.0	0.0	5.8	0.6	0.0	12.0	8.0	1.3	2.7	42.9	100.0	93
Каракалпаки	69.5	69.5	1.8	0.6	61.4	1.5	0.0	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	30.5	100.0	84
Таджики	66.4	55.9	2.2	1.3	43.3	3.4	4.4	0.0	1.3	10.5	1.3	9.2	0.0	33.6	100.0	111
Казахи	62.4	59.4	2.0	0.4	51.3	1.6	3.3	0.0	0.9	3.0	0.7	2.3	0.0	37.6	100.0	93
Другое	601.9	51.7	2.0	43.5	35.8	0.7	8.3	0.0	3.5	7.9	1.9	6.3	0.0	39.1	100.0	121
Сведение концов с концами																
Большие трудности	67.1	60.7	2.7	2.1	49.8	1.7	1.5	0.1	2.8	6.4	1.4	4.3	0.7	32.9	100.0	1,006
Некотор. трудности	69.3	64.9	2.8	1.6	53.8	1.7	2.1	0.0	3.0	4.4	1.0	3.1	0.2	30.7	100.0	1,296
Небольш. трудности	66.5	62.2	2.3	1.2	51.1	2.4	2.6	0.0	2.6	4.3	1.0	3.2	0.1	33.5	100.0	1,122
Легко	66.6	62.0	2.4	2.0	51.7	2.2	1.2	0.0	2.4	4.5	1.0	3.5	0.0	33.4	100.0	292
Всего	67.7	62.8	2.6	1.6	51.8	2.0	2.0	0.0	2.8	4.9	1.1	3.5	0.3	32.3	100.0	3,720

Примечание: Если указывалось более одного метода, используемым методом считался наиболее эффективный метод.
ЛАМ = Метод лактационной аменореи

По причине того, что ВМС является наиболее широко используемым методом среди женщин во всех категориях, не отмечено значительного разнообразия используемых методов. Несмотря на это, наиболее широкое разнообразие наблюдается в Ташкенте. В то время как использование ВМС доминирует (44 процента), использование презервативов выше, чем в других регионах (7 процентов).

Рисунок 5.2 **Использование методов планирования семьи, в зависимости от социально-биологических факторов, замужние женщины 15-49 лет**



5.5 ИЗМЕНЕНИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ МЕЖДУ 1996 И 2002 ГОДАМИ

Данные относительно использования контрацепции в настоящее время из ПМДУ 1996 и ИЗНУ 2002 дают возможность сравнить изменения в тенденциях использования методов планирования семьи. Тем не менее, важно производить сравнение, основываясь на наборе одинаковых методов в каждом из исследований. В таблице 5.6 показано использование всех методов контрацепции, о которых спрашивалось в исследовании 1996 года. А именно, все используемые в настоящий момент методы, о которых сообщалось в ИЗНУ 2002, за исключением женских презервативов, ЛАМ и чрезвычайной контрацепции (методы, не включенные в исследование 1996 года).

В целом, процент замужних женщин, использующих методы контрацепции в настоящий момент, увеличился с 51 процента (1996 г.) до 60 процентов (2002 г.), т.е. на 9 процентных пунктов или 18 процентов. Практически не было изменений в показателях использования традиционных методов (с 4 до 5 процентов).

Особенно заметными является изменения в использовании методов планирования семьи молодыми замужними женщинами. Среди женщин в возрасте 20-24 лет и 25-29 лет, у которых высокий коэффициент рождаемости, произошло особенно значительное увеличение в использовании всех методов: более 20 процентов (с 36 до 45 процентов среди женщин 20-24 лет; и

с 55 до 68 процентов у женщин 25-29 лет). Использование всех методов контрацепции возросло на 10 или менее процентов среди замужних женщин в возрастных группах 30-34 и 35-39 лет.

Таблица 5.6 Использование методов контрацепции в настоящий момент, за исключением женского презерватива, метода лактационной аменореи и чрезвычайной контрацепции

Процентное распределение всех женщин, замужних в настоящий момент, незамужних сексуально-активных женщин в соответствии применяемым в настоящий момент методом, в зависимости от возраста, Узбекистан 2002

		Современный метод							Традиционный метод						
Возраст	Любой метод	Любой современный метод	Женск. стерилизация	Таблетка	ВМС	Инъекции	Мужской презерватив	Пена/гель	Любой традиционный метод	Периодическ. воздержание	Прерванный акт	Народный метод	Не использует в наст. момент	Всего	Кол-во женщин
ВСЕ ЖЕНЩИНЫ															
15-19	1.1	0.8	0.0	0.2	0.6	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	98.9	100.0	1,091
20-24	30.6	28.7	0.1	1.1	25.5	0.4	1.6	0.0	1.9	0.2	1.6	0.0	69.4	100.0	1,049
25-29	62.5	58.3	0.6	1.2	53.1	1.8	1.6	0.0	4.2	0.8	3.3	0.1	37.5	100.0	809
30-34	69.6	63.8	2.6	1.8	55.5	1.5	2.4	0.0	5.8	1.2	4.1	0.5	30.4	100.0	734
35-39	74.7	71.1	5.1	2.1	59.5	2.5	1.8	0.0	3.6	2.2	1.4	0.1	25.3	100.0	687
40-44	67.8	61.0	4.0	1.6	49.8	3.4	2.1	0.0	6.8	1.1	5.2	0.4	32.2	100.0	626
45-49	43.1	38.6	4.4	0.5	30.7	1.1	1.7	0.1	4.6	0.9	2.9	0.8	56.9	100.0	466
Всего	45.6	42.1	1.9	1.2	36.1	1.3	1.5	0.0	3.5	0.8	2.4	0.2	54.4	100.0	5,463
ЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ															
15-19	15.1	10.6	0.0	2.2	7.9	0.0	0.5	0.0	4.5	0.0	4.5	0.0	84.9	100.0	76
20-24	44.9	42.3	0.1	1.5	38.0	0.6	2.1	0.0	2.6	0.4	2.2	0.0	55.1	100.0	696
25-29	68.0	63.6	0.6	1.4	58.1	2.0	1.5	0.0	4.4	0.9	3.5	0.1	32.0	100.0	726
30-34	74.4	68.0	2.2	2.0	59.7	1.6	2.6	0.0	6.4	1.3	4.5	0.6	25.6	100.0	666
35-39	81.5	77.5	5.8	2.2	64.6	2.9	1.9	0.0	4.0	2.4	1.6	0.1	18.5	100.0	605
40-44	75.4	68.1	4.6	1.8	55.7	3.8	2.2	0.0	7.4	1.1	5.8	0.4	24.6	100.0	552
45-49	47.7	42.5	4.1	0.6	34.5	1.3	1.9	0.1	5.2	0.9	3.4	0.9	52.3	100.0	398
Всего	64.9	60.0	2.6	1.6	51.8	2.0	2.0	0.0	4.9	1.1	3.5	0.3	35.1	100.0	3,720
СЕКСУАЛЬНО-АКТИВНЫЕ НЕЗАМУЖНИЕ ЖЕНЩИНЫ [1]															
Всего	53.1	44.4	0.0	2.1	32.1	0.0	10.1	0.0	8.8	1.7	5.6	1.5	46.9	100.0	31

Примечание: Если указывалось более одного метода, используемым методом считался наиболее эффективный метод.
[1] Женщины, состоявшие в половых отношениях за последний месяц перед исследованием.

5.6 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЖЕНСКОГО СТАТУСА

Желание и способность женщины контролировать рождаемость и выбор метода контрацепции частично связаны со статусом женщины и ее самооценкой. Женщина, которая не чувствует, что она может принимать решения относительно основных аспектов ее жизни, менее склонна осознавать свою способность принимать и воплощать решения относительно рождаемости. Она также может выбирать методы контрацепции, которые не зависят от кооперации со стороны мужа. Глава 16 демонстрирует показатели женского статуса, используемые в ИЗНУ 2002 года.

В Таблице 5.7 показано процентное распределение замужних женщин, в соответствии с используемым в настоящий момент методом контрацепции, в зависимости от трех показателей статуса женщины. Первый показатель касается количества окончательных решений, принимаемых женщиной. Самый низкий уровень использования контрацепции найден среди женщин, которые не участвуют в принятии решений (59 процентов). Среди женщин, которые участвуют в принятии окончательных решения, от 65 до 75 процентов используют какой-либо метод контрацепции. Также имеются различия в использовании контрацептивов в соответствии со способностью женщины отказаться от сексуальных отношений с мужем. У женщин, которые считали, что нет оправдывающих причин отказа от сексуальных отношений с мужем, был найден самый низкий уровень использования контрацепции (49 процентов), по сравнению с женщинами, назвавшими 1-2 причины отказа от секса (70 процентов) или 3-4 причины (68 процентов).

Таблица 5.7 Использование методов контрацепции в настоящий момент в зависимости от статуса женщины

Процентное распределение женщин, замужних в настоящий момент, в соответствии с используемым в настоящий момент методом контрацепции, в зависимости от показателей статуса женщины, Узбекистан 2002

Показатели статуса женщины	Любой метод	Современный метод: Любой современный метод	Женск. стерилизация	Таблетка	ВМС	Инъекции	Мужской презерватив	Пена/гель	ЛАМ	Традиционный метод: Любой традиционный метод	Периодическое воздержание	Прерванный акт	Народный метод	Не использует в наст. момент	Всего	Кол-во женщин
Кол-во окончательных решений, Принимаемых женщиной[1]																
0	59.3	56.5	1.9	0.8	46.9	2.6	0.3	0.0	3.9	2.9	0.4	2.5	0.0	40.7	100.0	417
1-3	69.9	65.2	2.3	1.5	53.7	1.8	2.1	0.0	3.8	4.7	0.9	3.7	0.2	30.1	100.0	1,646
4-6	67.1	62.3	3.1	1.5	51.1	1.9	2.8	0.0	2.0	4.8	1.0	3.6	0.3	32.9	100.0	1,030
7-8	68.2	61.4	3.1	2.9	50.9	2.1	1.7	0.1	0.7	6.8	2.4	3.5	0.8	31.8	100.0	628
Кол-во причин для отказа в сексуальных отношениях																
0	49.4	49.4	8.2	1.6	35.6	1.8	1.1	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	50.6	100.0	59
1-2	69.9	66.9	2.2	1.0	56.3	1.8	2.8	0.0	2.8	2.9	1.0	1.5	0.4	30.1	100.0	287
3-4	67.8	62.6	2.5	1.7	51.7	2.0	1.9	0.0	2.8	5.1	1.2	3.7	0.3	32.2	100.0	3,374
Всего	67.7	62.8	2.6	1.6	51.8	2.0	2.0	0.0	2.8	4.9	1.1	3.5	0.3	32.3	100.0	3,720

Примечание: Если указывалось более одного метода, используемым методом считался наиболее эффективный метод.
ЛАМ = Метод лактационной аменореи
[1] Самостоятельно или совместно с другими.

ИНДУЦИРОВАННЫЙ АБОРТ 6

Дж. М.Салливан и А.И.Камилов

Индуцированный аборт неблагоприятно влияет на здоровье женщины, снижает ее возмости для дальнейшего деторождения и способствует росту материнской и перинатальной смертности. Министерство Здравоохранения (МЗ) Республики Узбекистан давано обеспокоено эффектом абортов, особенно повторных, на здоровье женщины. Для уменьшения практики аборотов, МЗ предусматривает обеспечение населения широким выбором безопасных и эффективных методов контрацепции.

В Узбекистане индуцированный аборт является законным, при условии его выполнения в течение первых 12 недель беременности[1]. Эти процедуры обычно проводятся в гинекологических отделениях больниц или в родовспомогательных учреждениях. Аборты могут выполняться бесплатно, но с середины 1990 годов открылись платные учреждения, которые проводят мини-аборты, осуществляемые методом вакуумной аспирации.

Международный опыт показывает, что сбор данных об абортах через опросы достаточно проблематичен. Возможным объяснением может быть то, что из-за отрицательной социальной стигмы, связанной с абортом в большинсве популяций, респонденты неохотно сообщают об этих событиях. Тем не менее, в республиках бывшего Советского Союза и во многих странах Восточной Европы, индуцированный аборт является приемлемым методом контроля рождаемости, и данные по этим вопросам собирались в исследованиях домовладений в ряде этих стран с очевидным успехом (Sullivan et al., 2003 and Westoff et al., 1998 and 2002).

Данные об абортах были собраны в ПМДУ 1996 года. Несмотря на очевидный успех сбора информации где-либо еще, данные по результатам исследовании были, некоторым образом, ниже данных МЗ. Выводом исследования 1996 года было заключение, что информация об абортах была неполностью сообщена респондентами (Institute of Obstetrics and Gynecology and Macro International Inc., 1997). Несмотря на это, вопросы про аборты были протестированы и включены в анкету ИЗНУ 2002 года.

Информация относительно абортов была собрана в разделе “История беременностей” индивидуальной анкеты женщины (Приложение Е), в соответствии с методологией 1996 года. Первая часть этого раздела состояла из ряда вопросов, определяющих количество живорождений, индуцированных абортов, выкидышей и мертворождений, которые были у женщины в течение ее жизни. При сообщении о числе абортов, респондентов просили включить беременности, завершивишиеся вакуумной аспирацией (то есть, мини-абортами)[2]. Для каждой беременности регистрировался тип исхода беременности, и год и месяц её завершения. Затем, история беременности собиралась в порядке следования одной беременности за другой. Для каждой беремммности были зарегистрированы ее исход, год и месяц.[3]

---

[1] В некоторых случаях индуцированный аборт может проводиться после 12 недель, при наличии соответствующих медицинских и экономических показателей. Подобные случаи требуют бдительного наблюдения медицинским персоналом в больничных учреждениях (Министерство Здравоохранения, 1996)
[2] Используемый в данном отчете термин “аборт” включает мини-аборты.
[3] Сбор истории беременности проводился таким образом, чтобы данные по абортам были наиболее полными, особенно за период, непосредственно перед исследованием. Данные были собраны в обратном хронологическом порядке (т.е., сначала собиралась информация о самой последней беременности, затем о предыдущей, и т.д.) Сбор информации подобным образом должен был привести к более полному учету данных за последние несколько лет перед исследованием, по сравнению со сбором информации в хронолоническом порядке. В конце раздела интервьюеры

6.1 ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

Таблица 6.1 показывет процентное распределение беременностей, завершившихся в течение трех лет, предшествующих исследованию (календарные годы 2000-2002). В Узбекистане большое количество беременностей (72 процента) заканчивались живорождением, 28 процентов – потерей плода (т.е. индуцированным абортом, выкидышем или мертворождением). Индуцированный аборт является наиболее распространенным видом потери плода, приходясь на 20 процентов всех потерянных беременностей.

В таблице 6.1 также представлены данные об исходах беременностей в зависимости от социально-биологических факторов. Количество абортов в два раза больше в городах (28 процентов), чем в сельских районах (16 процент). Заметны значительные региональные различия. Процент закончившихся абортом беременностей самый низкий в Восточном регионе (13 процентов), выше в Западном, Центральном и Восточно-Центральном регионах (от 16 до 23 процентов) и самый высокий в городе Ташкенте (31 процент).

Таблица 6.1 Исходы беременностей в зависимости от социально-биологических факторов

Процентное распределение беременностей, завершившихся в течение трех лет, предшествующих исследованию, в соответствии с исходом беременности, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Исход беременности					
	Живой ребенок	Индуцированный аборт	Выкидыш	Мертворождение	Всего	Количество беременностей
Место жительства						
Город	64.7	27.6	7.2	0.6	100.0	761
Село	76.3	15.8	7.1	0.9	100.0	1,299
Регион						
Западный	75.2	15.7	8.6	0.5	100.0	266
Центральный	70.0	23.3	6.0	0.7	100.0	566
Восточно-Центральн.	68.5	22.7	7.7	1.1	100.0	593
Восточный	79.9	12.9	6.5	0.6	100.0	495
Город Ташкент	60.6	30.5	8.4	0.5	100.0	140
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	79.2	10.1	9.7	1.0	100.0	132
Ферганская Область	80.7	14.4	4.1	0.8	100.0	219
Образование						
Начальное/ неполное среднее	81.0	12.7	5.4	0.8	100.0	166
Среднее	74.3	17.6	7.3	0.8	100.0	1,268
Среднее специальное	66.2	26.2	6.8	0.7	100.0	469
Высшее	60.4	30.1	8.8	0.7	100.0	157
Национальность						
Узбечка	72.2	20.4	6.7	0.8	100.0	1,804
Другие	70.6	18.6	10.2	0.7	100.0	256
Всего	72.0	20.2	7.1	0.8	100.0	2,060

Образование также влияет на исход беременности. Процент прерванных абортом беременностей самый низкий среди женщин с начальным/неполным средним образованием (13 процентов), выше среди женщин со средним и средним специальным образованием (18 и 26

должны были проверять, соответствуют ли аггрегированные данные по общему количеству беременностей их количеству согласно истории беременности. При межродовом интервале 4х и более лет, интервьюеры должны были проверять, не была ли пропущена беременность, приходящаяся на этот период времени.

процентов, соответственно) и самый высокий среди женщин с высшим образованием (30 процентов). Различия в показателях индуцированного аборта по национальности незначительны: 20 процентов у женщины узбекской и 19 процентов у женщин других национальностей.

6.2 ИНДУЦИРОВАННЫЕ АБОРТЫ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ РЕСПОНДЕНТА

В таблице 6.2 показана общая картина количества абортов в течение всей жизни женщины. Статистика относительно пропорции женщин, когда-либо имевших аборт, основана на количестве всех женщинах 15-49 лет, независимо от того, были ли у них половые отношения (т.е. подвергались риску беременности).

В целом, у 21 процента женщин в Узбекистане был, по крайней мере, один аборт. Как и предполагалось, процент женщин с опытом аборта стремительно увеличивается с возрастом от 5 процентов у женщин 20-24 лет, до 23 процентов среди женщин 25-34 лет, и 42 процентов у

Таблица 6.2 Индуцированные аборты в течение жизни женщины

Процент женщин, имевших, по крайней мере, один аборт и, среди этих женщин, процентное распределение количества абортов, и среднее количество абортов, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент женщин, у которых был аборт	Кол-во женщин	Процентное распределение женщин, у которых был аборт, в соответствии с количеством абортов: 1	2-3	4-5	6+	Всего	Среднее	Кол-во женщин, у которых был аборт
Возраст									
<20	0.0	1,091	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0
20-24	5.4	1,049	82.1	14.8	0.0	3.1	100.0	1.4	57
25-34	23.0	1,543	63.5	29.9	3.4	3.3	100.0	1.7	354
35+	42.4	1,779	46.7	41.6	8.8	2.8	100.0	2.1	755
Кол-во живых детей									
0	0.8	1,751	*	*	*	*	*	*	14
1	12.4	656	63.5	33.1	1.2	2.2	100.0	1.6	81
2-3	30.5	1,925	57.4	34.6	5.6	2.4	100.0	1.8	587
4-5	41.9	914	46.8	40.4	9.6	3.2	100.0	2.2	383
6+	46.1	217	44.2	41.0	8.3	6.5	100.0	2.1	100
Место жительства									
Город	27.6	2,175	50.4	38.8	6.6	4.2	100.0	2.1	601
Село	17.2	3,287	56.8	34.6	6.9	1.7	100.0	1.8	565
Регион									
Западный	14.7	699	61.1	37.1	0.7	1.2	100.0	1.5	102
Центральный	26.0	1,311	50.3	38.8	5.1	5.8	100.0	2.2	342
Восточно-Центральн.	25.6	1,431	49.8	36.0	11.5	2.7	100.0	2.0	366
Восточный	14.7	1,518	62.0	33.4	4.6	0.0	100.0	1.6	224
Город Ташкент	26.3	503	51.8	39.0	6.3	2.9	100.0	1.9	132
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	10.9	387.0	69.9	27.4	1.6	1.1	100.0	1.4	42
Ферганская Область	14.0	629.0	60.6	34.3	5.1	0.0	100.0	1.6	88
Образование									
Начальное/неполное среднее	15.5	578	55.1	33.6	7.9	3.4	100.0	1.8	89
Среднее	18.7	3,189	57.5	33.9	5.8	2.8	100.0	1.9	598
Среднее специальное	26.1	1,122	50.2	38.6	7.5	3.6	100.0	2.1	292
Высшее	32.5	574	45.3	44.4	7.9	2.4	100.0	2.1	187
Семейное положение									
Никогда не была замужем	0.2	1,421	*	*	*	*	*	*	3
Замужем/живут вместе	28.9	3,720	54.1	36.9	6.6	2.4	100.0	1.9	1,075
Когда-либо была замужем	27.3	322	45.7	36.6	7.7	10.0	100.0	2.8	88
Национальность									
Узбечка	20.3	4,669	54.5	36.7	6.0	2.8	100.0	1.9	948
Другие	27.4	794	49.3	37.0	9.8	4.0	100.0	2.2	218
Всего	21.3	5,463	53.5	36.8	6.7	3.0	100.0	1.9	1,166

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.
Нп = Не приемлемы

женщин в возрасте 35-49 лет. Имеется большая разница по месту проживания женщин, и опыт абортов значительно меньше среди сельских женщин (17 процентов), по сравнению с городскими жительницами (28 процентов). Если рассматривать региональные различия, наибольший процент абортов отмечен в Центральном регионе и в городе Ташкенте (около 26 процентов для каждого).

В таблице 6.2 также дана информация о повторных индуцированных абортах. Частота повторных абортов увеличивается с возрастом. Среди женщин 20-24 лет с опытом аборта, у 18 процентов было более одного аборта, в то время как у женщин в возрасте 35-49 лет этот показатель составил 53 процента. В целом, среди 21 процента женщин, когда-либо имевших аборт, немногим менее половины (47 процентов) прошли через более чем один аборт, и среднее количество абортов у этих женщин составило 1.9.

6.3 ПОКАЗАТЕЛИ ИНДУЦИРОВАННОГО АБОРТА

Коэффициенты индуцированных абортов за трехлетний период, предшествующий исследованию (календарные годы 2000-2002) показаны в таблице 6.3. Повозрастные показатели представляют вероятность того, что женщина определенного возраста будет иметь аборт в течение периода в 1 год. Эти показатели показаны на 1000 женщин. Полезным суммарным индексом повозрастных коэффициентов является суммарный коэффициент индуцированных абортов (СКА). Этот показатель аналогичен суммарному коэффициенту рождаемости. СКА сообщается на одну женщину и рассчитывается, как количество абортов, которое женщина могла бы иметь в течение всей своей жизни, если бы она испытывала имеющийся на настоящий момент повозрастной коэффициент абортов.

В таблице 6.3 указываются повозрастные показатели абортов по всему Узбекистану и в зависимости от городского или сельского места жительства. Повозрастные показатели похожи в городских и сельских районах. Показатели являются очень низкими для женщин в возрасте 15-19 лет, увеличиваются до пика среди женщин 25-29 лет и 30-34 лет (основных лет деторождения), и снижаются в старших возрастных группах. Однако, эти показатели в городах выше, чем в селе, особенно среди молодых женщин.

Таблица 6.3 Коэффициенты индуцированных абортов

Повозрастной и суммарные коэффициенты абортов за трехлетний период, предшествующий исследованию, в зависимости от места жительства, Узбекистан 2002

Возраст	Место жительства: Город	Место жительства: Село	Всего
15-19	1	1	1
20-24	39	18	26
25-29	64	34	46
30-34	65	37	49
35-39	32	41	37
40-44	13	28	21
45-49	4	12	8
СКА 15-49	1.09	0.86	0.95
СКА 15-44	1.07	0.80	0.90
ОКА 15-49	33	23	27
ОКА 15-44	36	24	28

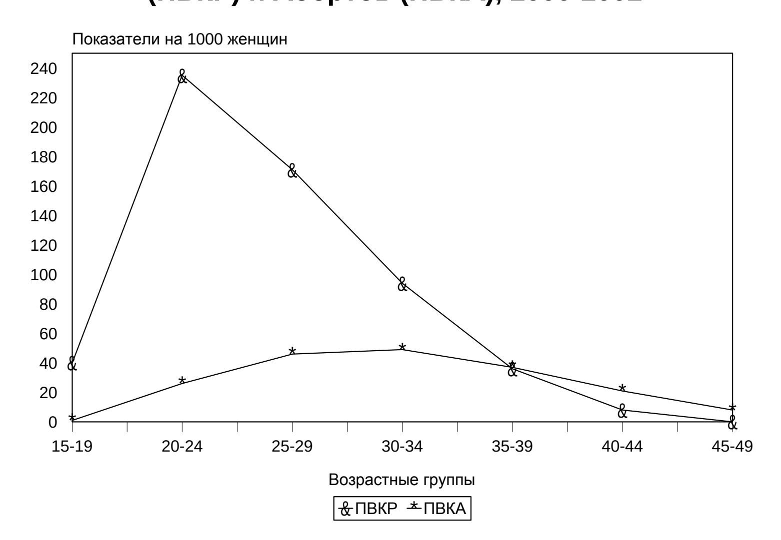
Примечание: Коэффициенты представлены за период 1-36 месяцев, предшествующих исследованию. Повозрастные коэффициенты абортов представлены на 1000 женщин. Коэффициенты для возрастной группы 45-49 могут незначительно отличаться по причине округления.
СКА = Суммарный коэффициент абортов на одну женщину
ОКА = Общее коэффициент абортов (количество абортов, деленное на количество женщин) на 1000 женщин

На обще-национальном уровне, повозрастные показатели аборта превышают соответствующие повозрастные коэффициенты рождаемости среди женщин в возрасте 40-44 лет и 45-49 лет (Таблица 6.1).

По Узбекистану за период 2000-2002 гг. Суммарный Коэффициент Абортов(СКА) составляет 0.9 абортов на одну женщину. Как ожидалось, СКА для Узбекистана существенно ниже недавних оценок для других стран бывшего Советского Союза и Восточной Европы: Румыния-2.2 аборта на одну женщину; Украина-1.6; Армения-2.6; Азербайджан-3.2; и Грузия-3.7. Показатель

незначительно ниже таковых в Казахстане-1.4 аборта на женщину; Киргизской Республике-1.5; и близок к коэффициенту Туркменистана-0.8 абортов на женщину (Sullivan et al., 2003).

Рисунок 6.1 Повозрастные коэффициенты рождаемости (ПВКР) и Абортов (ПВКА), 2000-2002



Суммарные коэффициенты индуцированных абортов в зависимости от социально-биологических факторов показаны в таблице 6.4 и на рисунке 6.2. Имеются незначительные различия показателей в зависимости от места жительства и уровня образования (за исключением низкого показателя для женщин с самым низким уровнем образования).

Тенденции в СКА в зависимости от региона некоторым образом удивляет. Показатель в городе Ташкенте (1.0 аборт на одну женщину) находится посредине между показателями других регионов, которые варьируются от 0.5 до 1.3. Это примечательно по причине того, что показатель рождаемости в городе Ташкенте (СКР равен 2.0 детей на одну женщину) значительно ниже уровня рождаемости в других регионах (2.7-3.4 детей на женщину) (см. таблицу 4.2), и уровень использования методов контрацепции среди замужних женщин не отличается существенно по регионам (см. таблицу 5.5). Возникает вопрос, почему рождаемость такая низкая в Ташкенте, когда использование контрацепции и абортов существенно не отличается от других регионов?

Детальный анализ данной проблемы находиться за пределами целей данного отчета. Независимые факторы, так же как и вариации

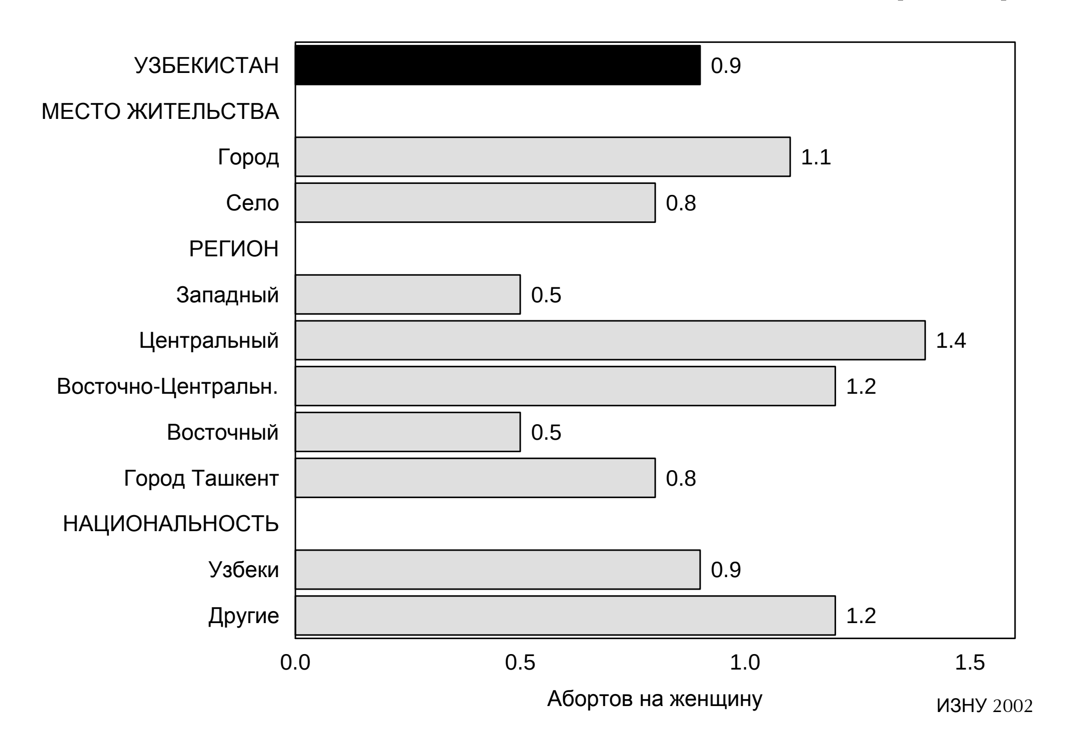
Таблица 6.4 Индуцированные аборты, в зависимости от социально-биологических факторов

Суммарный коэффициент индуцированных абортов за трехлетний период, предшествующий исследованию, и среднее количество индуцированных абортов среди женщин 40-49 лет, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Суммарный коэффициент абортов для женщин 15-49 лет	Среднее количество абортов среди женщин 40-49 лет
Место жительства		
Город	1.1	1.1
Село	0.9	0.8
Регион		
Западный	0.8	0.5
Центральный	1.3	1.4
Восточно-Центральный	1.1	1.2
Восточный	0.5	0.5
Город Ташкент	1.0	0.8
Регионы расширенной выборки		
Каракалпакстан	0.4	0.4
Ферганская Область	0.6	0.5
Образование		
Начальное/неполное средн.	0.6	0.8
Среднее	0.9	0.8
Среднее специальное	1.2	1.1
Высшее	0.9	1.2
Национальность		
Узбечка	1.0	0.9
Другие	0.6	1.2
Всего	0.9	0.9

выборки могут играть роль в объяснении даной аномалии. Одним из факторов являются региональные различия в пропорции женщин, которые состоят в браке в данный момент (т.е. подвержены риску беременности). Большинство берменностей происходят в возрастной группе 20-39 лет, процент замужних женщин в этой возрастной группе меньше в городе Ташкенте, чем в других регионах (данные не представлены).

Рисунок 6.2 Суммарный коэффициент абортов, в зависимости от социально-биологических факторов



6.4 ТЕНДЕНЦИЯ ИНДУЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

Данные исследования 2002 года позволяют произвести непосредственный анализ тенденций абортов во времени. В таблице 6.5 показаны повозрастные показатели аборта для четырех 3х-летних периодов, предшествовавших ИЗНУ 2002 года, и два суммарных показателя: суммарный коэффициент индуцированных абортов (СКА) и общий коэффициент абортов (ОКА). Эти коэффициенты показаны для женщин в возрастной категории от 15 до 44 лет на каждый период времени. Независимо от того, какой показатель рассматривается, примечательно значительное снижение использования абортов. В случае с ОКА, произошло снижение на 28 процентов между 1991-1993 и 2000-2002 г.г. (от 39.1 до 28.0 на 1000 женщин).

Другим путем оценки тенденций уровня абортов является сравнение коэффициентов абортов между ПМДУ 1996 и ИЗНУ 2002 годов. В нижней графе таблицы 6.5 указаны СКА и ОКА за календарные периоды 1991-93 и 1994-96 из исследования ПМДУ 1996 года. В исследовании 1996 года ОКА (19.7 и 24.9 на 1000 женщин), ниже, чем в ИЗНУ за период 2000-2002гг. (28.0 на 1000 женщин). Из этого следует, что за последнее время уровень абортов вырос. Однако, как отмечалось ранее, уровень абортов по заключению исследования 1996 года возможно был недооцененным (Institute of Obstetrics and Gynecology и Macro International Inc., 1997). Данное заключение было прежде всего основано на том, что показатели из отчета 1996 года были ниже таковых Министерства Здравоохранения.

Также следует отметить, что показатели исследования 1996 года ниже показателей за идентичные периоды времени в ИЗНУ 2002 года. Соответственно, основанное исключительно на данных отчета 2002 года заключение об имевшем место стабильном и значительном снижении уровня абортов за последнюю декаду, кажется более приемлемым, чем тенденции, в результате сравнения показателей СКА и СКА из исследований 1996 и 2002 гг.

Таблица 6.5 Тенденции изменения коэффициентов абортов

Повозрастные и кумулятивные коэффициенты абортов для четырех трехлетний периодов, предшествующих исследованию, 2002 ИЗНУ и 1996 ПМДУ

	Трехлетние периоды перед исследованием			
Возраст	2000-2002	1997-1999	1994-1996	1991-1993
2002 ИЗНУ				
15-19	1.1	4.4	4.0	4.4
20-24	25.8	29.5	30.3	41.0
25-29	46.5	44.7	53.3	52.8
30-34	48.9	55.4	46.5	53.8
35-39	37.1	37.9	43.2	61.4
40-44	21.3	21.3	[14.4]	[0.0]
45-49	[8.4]	[47.4]	-	-
СКА 15-44	0.9	1.0	1.0	1.1
ОКА 15-44	28.0	30.3	32.1	39.1
1996 ПМДУ				
СКА 15-44	н	н	0.63	0.81
ОКА 15-44	н	н	19.7	24.9

Примечание: Повозрастные коэффициенты абортов на 1000 женщин. Коэффициенты в скобках могут незначительно отличаться по причине округления.
СКА = Суммарный коэффициент индуцированных абортов на одну женщину
ОКА = Общее количество индуцированных абортов (количество абортов, деленное на количество женщин), на 1000 женщин
н = Неизвесто (не доступны)

ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДАЕМОСТЬ 7

А.И.Камилов и Дж.М.Салливан

Эта глава посвящена анализу факторов, которые помимо методов контрацепции влияют на риск возникновения беременности. Они включают в себя семейное положение, возраст всупления в первый брак, возраст при первом половом контакте и частоту сексуальных отношений. Эти факторы определяют продолжительность и ритм репродуктивной активности и важны для понимании их влияния на репродуктивное поведение.

7.1 СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

Таблица 7.1 показывает распределение женщин и мужчин по семейному положению на момент проведения исследования. Термин – *женатый/замужем*, относится к официальному браку (гражданский или религиозный), а термин *живут вместе* - относится к неофициальному браку. В последующих таблицах, эти две категории объединены и представляются совместно как – замужем/*женат в настоящее время*.

Таблица 7.1 Семейное положение

Процентное распределение женщин и мужчин по семейному положению на настоящий момент, в зависимости от возраста. Узбекистан 2002

	Семейное положение							
Возраст	Никогда не состоял(а) в браке	Замужем/ женат	Живет вместе	В разводе	Не живет вместе	дова/ вдовец	Всего	Кол-во
ЖЕНЩИНЫ								
15-19	92.9	6.9	0.1	0.0	0.1	0.0	100.0	1,091
20-24	30.9	66.0	0.4	1.7	0.7	0.4	100.0	1,049
25-29	4.7	88.7	1.0	4.1	1.3	0.1	100.0	809
30-34	1.8	89.5	1.2	5.8	0.4	1.3	100.0	734
35-39	2.3	87.5	0.7	5.4	1.2	3.0	100.0	687
40-44	1.8	87.1	1.1	4.5	0.5	5.0	100.0	626
45-49	1.0	83.2	2.1	4.4	0.4	8.9	100.0	466
Всего	26.0	67.3	0.8	3.3	0.6	2.0	100.0	5,463
МУЖЧИНЫ								
15-19	98.6	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	380
20-24	66.7	32.9	0.0	0.4	0.0	0.0	100.0	388
25-29	13.7	84.8	0.3	0.8	0.3	0.0	100.0	399
30-34	1.2	95.7	1.3	1.4	0.3	0.1	100.0	293
35-39	0.1	96.2	0.0	3.6	0.2	0.0	100.0	256
40-44	0.1	96.8	0.1	2.4	0.6	0.0	100.0	227
45-49	0.2	96.1	1.1	2.4	0.0	0.2	100.0	196
50-54	0.0	96.4	0.0	3.1	0.6	0.0	100.0	140
55-59	0.0	94.8	0.5	0.9	0.5	3.2	100.0	54
Всего	29.7	68.2	0.3	1.4	0.2	0.1	100.0	2,333

В целом, 67 процентов женщин 15-49 лет замужем, 1 процент - живут в неофициальном браке, 6 процентов разведены, живут отдельно или являются вдовами, и 26 процентов - никогда не были замужем. Однако, институт брака в Узбекистане универсален; в то время как число незамужних женщин в возрасте 15-19 лет составляет 93 процента, число незамужних женщин в возрасте 45-49 лет составляет всего 1 процент.

Подобные тенденции наблюдаются и у мужчин. В целом, 68 процентов мужчин в возрасте 15-59 лет женаты, и менее 1 процента находятся в неофициальном браке, 2 процента разведены, живут отдельно или вдовцы, и 30 процентов никогда не были женаты. Так же, как и среди женщин, брак среди мужчин почти универсален в Узбекистане. Однако, мужчины по сравнению с женщинами, имеют тенденцию жениться в более старшем возрасте, процент никогда не бывших женатыми мужчин до 30 лет, больше такового среди женщин.

Сравнение статистики семейного положения для женщин между ПМДУ 1996 и ИЗНУ 2002 гг. Показывает значительное уменьшение доли замужних женщин моложе 25 лет. Снижение, за период между двумя исследованиями, было от 13 до 7 процентов у женщин 15-19 лет, и от 73 до 66 процентов у женщин в возрасте 20-24 года. Это указывает на то, что имелось увеличение в отсрочке возраста вступления в брак среди женщин, за период между 1996 и 2002 годами.

7.2 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВОМ БРАКЕ

Брак, в основном, определяет черту в жизни женщины, когда деторождение становится социально приемлемым. Возраст, в котором женщина выходит замуж, важен по причине его влияния на продолжительность отрезка времени, в котором она подвергнута риску беременности в течение ее репродуктивных лет. Информация о возрасте вступления в первый брак была получена путем выяснения у всех, когда-либо состоявших в браке распондентов, месяца и года начала совместной жизни с их первым супругом или партнером.

Как показано в таблице 7.2, медиана возраста вступления в первый брак у женщин в возрастных группах старше 25 лет, был близок к 20 годам в течение нескольких десятилетий. Подобным образом, у мужчин в возрастных группах старше 25 лет, медиана возраста в первом браке стабильна на уровне 23 лет.

Таблица 7.2 Возраст вступления в первый брак

Процент женщин, вступивших в первый брак до определенного возраста и медиана возраста при первом браке, в зависимости от настоящего возраста, Узбекистан 2002

Возраст	Процент вступивших в первый брак до определенного возраста: 15	18	20	22	25	Процент никогда не состоявших в браке	Кол-во	Медиана возраста при первом браке
				ЖЕНЩИНЫ				
15-19	0.2	Нп	Нп	Нп	Нп	92.9	1,091	a
20-24	0.3	12.7	44.6	Нп	Нп	30.9	1,049	a
25-29	0.2	16.4	57.0	79.0	91.9	4.7	809	19.7
30-34	0.2	8.8	47.0	76.9	91.8	1.8	734	20.2
35-39	0.2	9.3	41.6	72.0	90.1	2.3	687	20.5
40-44	0.1	12.0	43.4	72.1	89.8	1.8	626	20.4
45-49	0.9	21.2	51.5	74.0	89.1	1.0	466	19.9
20-49	0.3	13.0	47.4	72.4	85.5	9.3	4,372	a
25-49	0.3	13.1	48.3	75.1	90.7	2.5	3,322	20.1
				МУЖЧИНЫ				
20-24	0.0	0.5	6.0	na	na	66.7	388	a
25-29	0.0	0.7	11.4	39.4	77.3	13.7	399	22.7
30-34	0.0	1.2	5.1	39.0	77.0	1.2	293	22.6
34-39	0.0	0.9	4.0	28.8	80.3	0.1	256	23.1
40-44	0.0	1.0	5.4	32.3	81.0	0.1	227	22.7
45-49	0.0	0.2	9.9	42.8	87.8	0.2	196	22.5
50-54	0.0	1.4	12.1	30.6	68.9	0.0	140	23.5
55-59	0.0	0.8	0.8	16.1	71.7	0.0	54	23.6
25-59	0.0	0.9	7.6	35.4	78.7	3.8	1,565	22.8

Нп = Не применим
[a] Пропущено, так как менее чем 50 процентов вступили в первый брак до достижения ими нижней границы данного возрастного интервала.

В таблице 7.2 также показан процент вступивших в первый брак на определенный возраст, по пятилетним группам: 15, 18, 20, 22 и 25 лет. Эти данные позволяют более детально изучить возраст при первом браке среди более молодых женщин и мужчин, чем это может быть сделано только при использовании показателя медианы возраста при первом браке. Согласно данным, доля вышедших замуж к 18 годам меньше у женщин в возрасте 20-24 лет (13 процентов), чем у женщин в возрасте 25-29 лет (16 процентов). Также, процент женщин, вышедших замуж к 20 годам, меньше среди женщин 20-24 лет (45 процентов), по сравнению с женщинами 25-29 лет (57 процентов). Подобные тенденции наблюдаются и у мужчин. Пропорция женившихся к 20 годам меньше среди 20-24 летних (6 процентов), чем среди мужчин в возрасте 25-29 лет (11 процентов). Эти данные показывают, что как среди женщин, так и среди мужчин возраст при первом браке вырос в течение десятилетия 1990-х годов.

В таблице 7.3 показана медиана возраста при первом браке для женщин в возрасте 25-49 лет и мужчин в возрасте 25-59 лет, в зависимости от социально-биологических факторов. Как и во многих других странах, самые заметные различия наблюдаются по уровню образования. Разница в два-три года отмечается в медиане возраста при первом браке между наименее и более образованными женщинами во всех возрастных группах. Среди женщин 25-49 лет с высшим образованием, медиана возраста при первом браке – на три года выше (22.4), чем среди женщин с начальным/неполным средним образованием (19.4). Среди мужчин разница по образованию меньше. Медиана возраста при первом браке среди мужчин с высшим образованием на один год выше (23.5), чем для мужчин с начальным/неполным средним образованием (22.3).

Таблица 7.3 Медиана возраста первого брака

Медиана возраста первого брака среди женщин 25-49 лет, и мужчин 25-59 лет, в зависимости от настоящего возраста и социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Настоящий возраст					Женщины 25-49 лет	Мужчины 25-49 лет
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Место жительства							
Город	19.7	20.5	21.0	21.0	20.6	20.5	23.4
Село	19.6	20.0	20.2	19.9	19.6	19.9	22.5
Регион							
Западный	20.5	20.5	21.6	20.3	19.4	20.5	22.6
Центральный	19.6	20.6	20.8	20.5	20.2	20.4	23.1
Восточно-Центральный	19.6	20.0	20.8	20.7	19.3	20.0	22.8
Восточный	19.4	19.8	19.7	19.8	19.6	19.7	22.6
Город Ташкент	20.5	20.2	20.8	21.6	22.3	21.0	24.0
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	20.7	21.0	22.1	20.6	19.2	20.7	23.8
Ферганская Область	19.1	19.7	19.9	19.8	19.4	19.6	22.4
Образование							
Начальное/неполное среднее	18.9	20.3	20.4	20.0	18.6	19.4	22.3
Среднее	19.4	19.7	19.9	19.6	19.1	19.6	22.7
Среднее специальное	20.4	20.5	21.0	21.0	21.5	20.8	22.8
Высшее	22.2	21.7	22.6	22.6	23.3	22.4	23.5
Науиональность							
Узбеки	19.6	20.1	20.4	20.3	19.8	20.0	22.7
Другие	20.3	20.5	21.4	21.3	20.4	20.7	23.8
Всего	19.7	20.2	20.5	20.4	19.9	20.1	22.8

Примечание: Медиана для15-19 и 20-24 лет не определена по причине того, что менее чем 50 процентов вступили в первый брак до достижения ими нижней границы данного возрастного интервала.

7.3 ВОЗРАСТ ПРИ ПЕРВОМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ

Возраст первого сексуального контакта не зависит от возраста вступления в брак. Женщины и мужчины могут иметь сексуальные отношения до брака, особенно если они откладывают женитьбу/замужество. В исследовании, женщин и мужчин спрашивали, с какого возраста они начали половую жизнь.

Таблица 7.4 показывает, что медиана возраста при первом сексуальном общении для женщин в возрасте 25-49 лет - составляет приблизительно 20 лет, а для мужчин в возрасте 25-59 лет на два года больше (22 года).

Сравнение данных относительно возраста при первом браке и возрасте при первом сексуальном общении может прояснить внебрачные сексуальные отношения. Степень внебрачных сексуальных отношений наиболее ясна, при сравнении процента тех, кто женился в первый раз и кто имел сексуальные отношения в определенном возрасте. Процент женщин, впервые вышедших замуж в 18 лет и женщин, имевших внебрачный сексуальный опыт в 18 лет одинаков и равен 13 процентам (табл. 7.4). Однако, среди мужчин, имеется значительная разница в возрасте при первом сексуальном общении и в возрасте при первом браке. Например, 8 процентов мужчин женились в первый раз в возрасте 20 лет (табл.7.2), тогда как 21 процент мужчин имели сексуальные отношения к 20- летнему возрасте (табл. 7.4).

Таблица 7.4 Возраст при первом половом контакте

Процент мужчин и женщин, имевших первый половой контакт до определенного возраста и медиана возраста при первом половом контакте, в зависимости от настоящего возраста, Узбекистан 2002

Возраст	Процент имевших первый половой контакт К определенному возрасту:					Процент никогда не имевших половой контакт	Кол-во	Медиана возраста при первом пол.контакте
	15	18	20	22	25			
ЖЕНЩИНЫ								
15-19	0.2	Нп	Нп	Нп	Нп	92.8	1,091	a
20-24	0.3	13.0	44.7	Нп	Нп	30.0	1,049	a
25-29	0.4	16.4	55.4	76.9	88.5	4.6	809	19.7
30-34	0.2	8.7	45.8	74.6	89.4	1.8	734	20.2
35-39	0.2	9.2	40.7	70.5	87.5	1.9	687	20.6
40-44	0.1	11.9	43.4	70.7	86.8	1.7	626	20.4
45-49	1.3	19.5	49.0	71.6	85.4	1.0	466	20.1
20-49	0.4	12.8	46.5	70.8	83.1	9.0	4,372	a
25-49	0.4	12.8	47.1	73.2	87.7	2.4	3,322	20.2
МУЖЧИНЫ								
15-19	1.8	Нп	Нп	Нп	Нп	89.8	380	a
20-24	0.4	6.4	24.5	Нп	Нп	47.6	388	a
25-29	0.1	7.0	26.9	55.1	86.1	8.0	399	21.7
30-34	0.0	5.8	21.6	58.5	87.0	0.7	293	21.5
35-39	0.0	2.7	19.4	45.9	84.3	0.0	256	22.3
40-44	0.4	3.1	15.4	48.2	91.5	0.0	227	22.1
45-49	0.0	4.6	21.7	61.3	95.7	0.0	196	21.5
50-54	0.2	5.4	20.8	44.1	79.4	0.0	140	22.4
55-59	0.0	3.9	9.7	28.0	75.1	0.0	54	23.2
20-59	0.2	5.2	21.9	50.1	80.1	11.2	1,953	22.0
25-59	0.1	4.9	21.2	52.1	87.0	2.2	1,565	21.9

Нп = Не применимо
[a] Пропущено, так как менее чем у 50 процентов первый половой контакт был до достижения ими нижней границы данного возрастного интервала.

7.4 СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

При отсутствии эффективной контрацепции, более высока вероятность нежелательной беременности. В исследовании 2002 года у респондентов спрашивали, сколько времени прошло после их последних сексуальных отношений.

В таблицах 7.5.1 и 7.5.2 приведена информация относительно времени последнего сексуального общения женщин и мужчин, в соответствии с фоновыми характеристиками. В целом, 65 процент женщин в возрасте 15-49 лет сообщили, что они имели сексуальные отношения за четыре недели до опроса, 5 процентов - в пределах года до опроса и другие 5 процентов имели сексуальные отношения более года назад. Не удивительно, что женщины, использующие методы планирования семьи, скорее являются сексуально активными, чем женщины, не использующие методы контрацепции (основная разница в силу того, что многие женщины, не использующие методы планирования семьи - еще не имели сексуальных отношений).

Среди мужчин, в возрасте 15-59 лет 49 процент сообщили, что были сексуально активными за четыре недели до опроса, 25 процентов были сексуально активными в пределах года до опроса, и 2 процента имели сексуальные отношения более года.

Таблица 7.5.1 Сексуальная активность в ближайшем прошлом: Женщины

Процентное распределение женщин по времени их последнего полового контакта, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Время последнего полового контакта: В течение последних 4 недель	В течение последнего 1 года[1]	Год и более назад	Пропущено	Никогда не имела полового контакта	Всего	Число женщин
Возраст							
15-19	6.6	0.1	0.0	0.5	92.8	100.0	1,091
20-24	59.9	4.8	2.3	2.9	30.0	100.0	1,049
25-29	81.3	6.9	4.6	2.6	4.6	100.0	809
30-34	84.3	7.5	5.7	0.6	1.8	100.0	734
35-39	85.0	4.1	8.3	0.7	1.9	100.0	687
40-44	82.0	6.8	9.5	0.0	1.7	100.0	626
45-49	71.7	11.3	15.7	0.4	1.0	100.0	466
Семейное положение							
Никогда не состояла в браке	0.3	0.5	0.3	0.2	98.8	100.0	1,421
Замужем/живет вместе	90.8	6.3	1.3	1.5	0.1	100.0	3,720
В разводе/ живет отдельно/ вдова	8.5	13.4	74.4	3.7	0.0	100.0	322
Место жительства							
Город	60.3	6.7	8.8	1.0	23.2	100.0	2,175
Село	63.8	4.2	3.1	1.4	27.5	100.0	3,288
Регион							
Западный	56.7	6.2	5.0	1.3	30.8	100.0	699
Центральный	60.6	7.0	4.3	2.0	26.2	100.0	1,311
Восточно-Центральный	63.4	4.9	5.1	1.1	25.5	100.0	1,431
Восточный	67.4	2.6	4.7	0.8	24.5	100.0	1,518
Город Ташкент	57.4	8.1	11.4	1.1	21.9	100.0	503
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	53.9	7.1	6.1	1.3	31.6	100.0	387
Ферганская Область	71.2	2.7	5.0	0.5	20.7	100.0	632
Образование							
Начальное/неполное среднее	48.8	4.9	3.9	1.3	41.1	100.0	578
Среднее	64.5	4.9	4.4	1.4	24.9	100.0	3,189
Среднее специальное	62.7	5.9	6.5	0.9	24.0	100.0	1,122
Высшее	64.1	6.2	10.3	1.2	18.3	100.0	574
Национальность							
Узбеки	63.6	4.4	4.6	1.3	26.1	100.0	4,669
Другие	55.1	10.3	9.8	1.2	23.6	100.0	794
Метод контрацепции в настоящий момент							
Женская стерилизация	79.6	13.8	5.2	1.3	0.0	100.0	106
Таблетка	94.8	3.1	2.1	0.0	0.0	100.0	63
ВМС	92.7	4.6	2.0	0.7	0.0	100.0	1,975
Презерватив	90.9	7.3	1.8	0.0	0.0	100.0	82
Ритм/периодич. воздержание	88.6	9.8	1.6	0.0	0.0	100.0	44
Другой метод	89.0	9.1	0.7	1.3	0.0	100.0	324
Не использует	36.0	4.8	8.5	1.7	49.0	100.0	2,869
Всего	62.4	5.2	5.4	1.3	25.7	100.0	5,463

[1] Исключает женщин, которые состояли в половых отношениях в течение последних 4 недель.

Таблица 7.5.2 Сексуальная активность в ближайшем прошлом: Мужчины

Процентное распределение мужчин по времени их последнего полового контакта, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Время последнего полового контакта: В течение последних 4 недель	В течение последнего 1 года[1]	Год и более назад	Пропущено	Никогда не имел полового контакта	Всего	Число мужчин
Возраст							
15-19	1.9	6.0	2.3	0.0	89.8	100.0	380
20-24	29.0	19.3	4.0	0.0	47.6	100.0	388
25-29	65.4	23.6	3.0	0.0	8.0	100.0	399
30-34	71.6	25.3	2.4	0.0	0.7	100.0	293
35-39	71.6	26.7	1.0	0.7	0.0	100.0	256
40-44	67.6	32.2	0.2	0.0	0.0	100.0	227
45-49	61.8	35.7	2.5	0.0	0.0	100.0	196
50-54	51.3	46.8	1.9	0.0	0.0	100.0	140
55-59	31.4	68.2	0.4	0.0	0.0	100.0	54
Семейное положение							
Никогда не состоял в браке	3.1	10.9	5.2	0.0	80.9	100.0	692
Женат/живет вместе	69.4	30.0	0.4	0.1	0.0	100.0	1,600
В разводе/ живет отдельно/ вдовец	12.1	59.3	28.6	0.0	0.0	100.0	40
Место жительства							
Город	51.4	23.5	3.0	0.0	22.1	100.0	916
Село	47.0	25.7	1.8	0.1	25.3	100.0	1,417
Регион							
Западный	52.7	13.8	3.2	0.0	30.2	100.0	314
Центральный	52.0	24.1	2.8	0.0	21.1	100.0	510
Восточно-Центральный	42.9	32.7	2.3	0.0	22.0	100.0	646
Восточный	47.3	25.6	1.5	0.3	25.2	100.0	665
Город Ташкент	57.7	16.1	2.3	0.0	24.0	100.0	198
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	49.7	14.5	1.8	0.0	34.1	100.0	185
Ферганская Область	64.4	14.4	0.3	0.0	20.8	100.0	259
Образование							
Начальное/неполное среднее	31.7	19.1	4.4	1.0	43.8	100.0	188
Среднее	46.9	25.1	2.2	0.0	25.8	100.0	1,311
Среднее специальное	50.1	23.1	2.4	0.0	24.5	100.0	470
Высшее	62.6	29.3	1.4	0.0	6.7	100.0	364
Национальность							
Узбеки	48.8	24.5	2.3	0.1	24.3	100.0	2,011
Другие	48.1	27.2	2.7	0.0	22.0	100.0	322
Всего	48.7	24.9	2.3	0.1	24.0	100.0	2,333

[1] Исключает мужчин, которые состояли в половых отношениях в течение последних 4 недель

МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ 8

Дж.М.Салливан и Н.К.Туреева

В данной главе представлена информация о смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Представленные коэффициенты смертности иллюстрируют уровни и тенденции смертности, и различия между отдельными группами населения. Коэффициенты смертности, о которых говорится в настоящей главе, определены следующим образом:

- Неонатальная смертность (НС): вероятность наступления смерти в течение первого месяца жизни.
- Постнеонатальная смертность (ПНС): арифметическая разница между младенческой и неонатальной смертностью.
- Младенческая смертность ($_1q_0$): вероятность наступления смерти в период между рождением и до наступления одного года.
- Детская смертность ($_4q_1$): вероятность наступления смерти в возрастном промежутке от года до пяти лет.
- Смертность до пяти лет ($_5q_0$): вероятность наступления смерти в период с момента рождения до наступления пяти лет.

Все коэффициенты рассчитываются на 1000 живорожденных, за исключением детской смертности, которая рассчитывается на 1000 детей, доживших до первого года.

8.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДАННЫХ

В ИЗНУ 2002, респондентов просили сообщить об их репродуктивной истории в соответствии с международными критериями, принятыми Всемирной Организацией Здоровья (ВОЗ, 1993). К живорожденным относили всех родившихся живыми, независимо от продолжительности гестационного срока, которые после разделения с матерью дышали или показывали любые признаки жизни: сердцебиение или наличие произвольных движений мускулатуры. Смерти младенцев- это смерти младенцев рожденных живыми до наступления одного года.

Уровни смертности оценивались по информации, собранной в индивидуальной анкете женщины. Этот раздел анкеты включает в себя историю беременностей, в которой задаются вопросы относительно каждой беременности, имевшей место в течение всей жизни женщины. Для каждого случая рождения живого ребенка у женщины выясняли месяц и год рождения, пол ребенка, статус выживания и настоящий возраст (настоящий возраст выживших детей и возраст ребёнка в момент наступления смерти).

Точность показателей смертности, полученных в ходе исследования, зависит от вариабильности выборки, а также от ошибок, не связанных с выборкой (т.е. от полноты и точности, с которой данные о родившихся и умерших были сообщены и записаны). Вариабильность выборки обсуждается в следующем разделе. В этом разделе мы используем ошибки, не связанные с выборкой.

При ретроспективном сборе данных, серьезным источником ошибок, не связанных с выборкой, является неполное информирование респондентами о случаях рождения и смерти детей, которые не выжили. (ООН 1982 год.). Подобное неполное информирование может привести к недооценке коэффициентов смертности. Чаще неполное информирование о случаях смерти

характерно при недоучете умерших детей в раннем младенчестве, т.е. в неонатальном периоде. Недоучет ранних неонатальных смертей может привести к ненормальному низкому соотношению неонатальной смертности к младенческой смертности. В ретроспективных исследованиях процент недоучтенных случаев ранней младенческой смертности обычно приходится на более отдаленные во времени случаи, чем на случаи произошедшие ближе к моменту проведения исследования. Таким образом, при учете не связанных с выборкой ошибок, соотношение неонатальной смертности к младенческой смертности рассматривается для разных предшествовавших исследованию временных периодов.

Показатели неонатальной и младенческой смертности, полученные в результате ИЗНУ за три периода времени, предшествовавших исследованию 2002 года (1988-1992, 1993-1997, и 1998-2002 г.г.), представлены в таблице 8.1. За те же периоды показано соотношение коэффициентов неонатальной к младенческой смертности (НС/$_1q_0$).

При уровне младенческой смертности между 50 и 60 на 1000 живорожденных (т.е. уровень младенческой смертности, выявленный в ходе ИЗНУ) в странах, обладающих полными и точными данными о смертности, указанное соотношение обычно находится в пределах 0,50 и 0,60[1]. Исходя из этих показателей, значение соотношения НС/$_1q_0$, менее 0,50 предполагает недоучет случаев неонатальной смертности (и недооценку коэффициента младенческой смертности). Все показатели соотношения НС/$_1q_0$, представленные в таблице 8.1 (0,51; 0,53; и 0,55), превосходят 0,50. Соответственно, на основе проверки данного соотношения, можно сделать вывод об отсутствии недоучета неонатальной смертности в ИЗНУ 2002 года.

Следует отметить, что соотношение неонатальной к младенческой смертности в ИЗНУ 2002 года, и особенно показатели за 1993-1997 и 1998-2002 года (0,53 и 0,55) превосходят соотношение 0,46, относящееся к показателю младенческой смертности ($_1q_0$), равному 49 на 1000 из 1996 ПМДУ (Iinstitute of Obstetrics and Gynecology and Macro International Inc., 1997). Это предполагает неполный учет случаев неонатальной смерти в исследовании 1996 года, и то, что показатель в 49 на 1000 новорожденных был недооценкой коэффициента младенческой смертности.

Таблица 8.1 Смертность в раннем детстве.

Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой и детской смертности в течение пятилетних периодов, предшествовавших исследованию, Узбекистан 2002

Годы, предшество-вашиеиссле дованию	Приблизи-тельный календарны й период	Неонатальная смертность (НН)	Постнео-натальная смертность[1] (ПНН)	Младен-ческая смертность ($_1q_0$)	Отношение неонатальная смертность/ младенческая смертность	Детская смертность ($_4q_1$)	Смертность до пяти лет ($_5q_0$)
0-4	1998-2002	33.9	27.8	61.7	0.55	12.3	73.3
5-9	1993-1997	33.8	30.3	64.1	0.53	13.4	76.6
10-14	1988-1992	26.5	25.2	51.7	0.51	10.7	61.9

[1] Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью.

8.2 УРОВНИ И ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самые последние показатели смертности, представленные в таблице 8.1, относятся к пятилетнему календарному периоду 1998-2002 гг. Показатель младенческой смертности за данный период оцентвается 62 на 1000, с показателями неонатальной и постнеонатальной смертности в 34

[1] Примеры неонатальной и младенческой смертности для Венгрии (1955), Италии (1955), и Пуэрто-Рико (1957) (ООН, 1961) и для Португалии (1968) (ООН, 1975).

на 1000 и 28 на 1000, соответственно. Показатель детской смертности (от 1 года до 4 лет) оценивается на уровне 11 на 1000, и показатель смертности до пяти лет составил 73 на 1000.

Тенденции младенческой смертности для 3х-периодов, предшествовавших исследованию, составили 52 на 1000 (1988 – 1992 гг.), 64 на 1000 (1993– 1997 гг.), и 62 на 1000 (1998-2002 гг.), чтопредполагает отсутствие значительных изменений в смертности на последние 10 лет.

Уровень младенческой смертности за два недавних периода, выше уровня самого раннего периода, что может отражать недавний подъем в младенческой смертности. Однако, все 3 показателя лежат в пределах взаимных ошибок выборки (т.е. вариабельность возникает потому, что показатели основаны на выборке рождений, а не на всех рождениях, произошедших за определенные периоды времени). Таким образом, различия в показателях, также, могут скорее отражать ошибку выборки, чем действительный рост уровня смертности.[2] В дополнение, оценка самого раннего периодаотносится к ретроспективному периоду 10-14 лет перед исследованием, и ошибочное сообщение респондентами наиболее типично для более давних периодов, по сравнению с недавними периодами времени. В этих условиях следует сконцентрироваться на показателях за 10-летний период, предшествовавший исследованию. При этом подходе можно сделать вывод о том, что за последние 10 лет показатель младенческой смертности оставался, практически без изменений, на уровне 62 на 1000.

8.3 НЕДАВНИЕ ОЦЕНКИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ИЗ РАЗНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Последние данные о младенческой смертности в Узбекистане можно получить из трех общенациональных исследований: ИЗНУ 2002, MICS 2000, и ПМДУ 1996. Каждое из этих исследований использовало рекомендуемые ВОЗ определения живорождения и детской смерти.[3]

Показатели младенческой смертности также можно получить из данных Министерства Здравоохранения (МЗ). Показатели МЗ основаны на данных, собранных государственной регистрационной системой, полагающейся на факты регистрации событий местными должностными лицами, основываясь на протоколах, утвержденных в Советский период. Определение живорождения в этих протоколах, некоторым образом, отличается от таковых, принятых ВОЗ. Первое отличие заключается в том, что беременность, завершившаяся при сроке менее 28 недель (или при весе менее 1000 граммов, или росте менее 35 сантиметров) считалась недоношенной и классифицировалась как поздний выкидыш, даже если в момент родов присутствуют признаки жизни младенца, за исключением случаев выживания ребенка в течение семи дней. Только если ребенок выжил ранний неонатальный период, то рождение классифицируется как живорождение. Второе отличие относится к доношенным родам (беременности, завершившейся в гестационный период 28 недель или более). Рождение классифицируется как живорождение при наличии у ребенка дыхания в момент родов, и как мертворождение- при отсутствии видимого дыхания в момент родов (даже при наличии других

---

[2] Статистическая выборка, на основе которой рассчитывались показатели младенческой и детской смертности в ИЗНУ, была представлена на 5463 женщин и является субъектом вариабельности выборки. Наибольший интерест представляет доверительный интервал для показателя младенческой смертности в 95%. Доверительный интервал является очень широким в 12 пунктов на 1000, плюс и минус оценка младенческой смертности (см. Аппендикс B, Ошибки выборки). Таким образом, показатели оценки младенческой смертности (52, 64, и 62 на 1000) не являются точными, и действительный показатель за каждый период времени может быть выше или ниже на 12 пунктов.

[3] В ИЗНУ 2002 и ПМДУ1996 использовались похожие методы сбора данных и технологии прямой оценки для рассчета показателей младенческой смертности. В 2000 MICS использовали другую методологию сбора данных и оценки показателей. Показатели MICS основаны на сообщениях о пропорции умерших от детей, когда-либо родившихся у респондентов и включают в себя перевод этих пропорций в показатель смертности , эта процедура известна как “Brass Estimation Technique” (ЮНИСЕФ, 2001). Важным является то, что несмотря на различия в методологиях, использованных в исследованиях, все значения показателей младенческой смертности близки и намного превосходят таковые МЗ.

признаков жизни). Таким образом, некоторые случаи, классифицированные государственной регистрационной системой как выкидыши или мертворождения, будут отнесены к живорождениям и младенческим смертям, в соответствии с определением ВОЗ, используемым в трех исследованиях.

В дополнение к разнице в определениях, используемых в исследованиях и в регистрационной системе, методология сбора данных также отличается. Важно отметить, что во всех трех исследованих информация о рождении и смерти ребенка исходит от матери. В противоположность этому, в регистрационных системах требуется, чтобы, или официальное лицо, или член семьи проявили инициативу регистрации наличия факта рождения и смерти умерших детей.

Показатели младенческой смертности по данным разных источников представлены в таблице 8.2 и на рисунке 8.1. Откуда видно, что данные трех исследований и данные из регистрационных систем указывают на различные уровни смертности. Показатели исследований значительно превышают таковые от МЗ в два-три раза. За самый недавний период (1998-2002 года) данные исследования в 62 на 1000, в три раза превысили данные Минздрава, равные 19 на 1000.

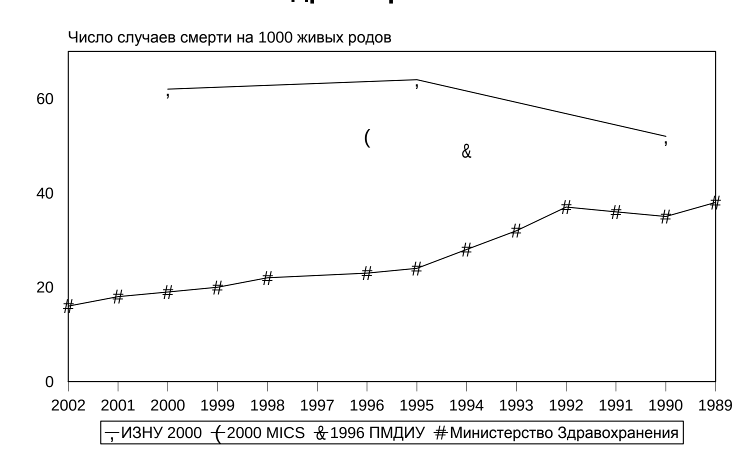
Таблица 8.2 Показатели младенческой смертности по данным разных источников.

Последние данные по младенческой смертности из трех исследований (2002 ИЗНУ, 1996 ПМДУ, 2000 MICS) и данные Министерства Здравоохранения, в зависимости от периода времени, Узбекистан 1988-2002

Календарный период	2002 ИЗНУ	2000 MICS	1996 ПМДУ	Министерство Здравоохранения
1998-2002	61.7			19.1
1993-1997	64.1	52[a]		27.2
1992-1996			49.1	
1988-1992	52.2			37.6

[a] Календарный период для MICS не был определен в отчете MICS. Может быть взят, как период 1993-1997 годов.
Источники: 2000 MICS (ЮНИСЕФ-ДЕТСКИЙ ФОНД ООН,2001), Министерство Здравоохранения Узбекистана (WHO/EURO, 2003)

Рисунок 8.1 **Показатели младенческой смертности по данным трех исследований и Министерства Здравоохранения**



Имеется ряд причин для большего доверия оценкам МС по данным исследований, чем по данным МЗ. Во-первых, несколько исследований относительно смертности в республиках Центральной Азии в Советский период пришли к выводу, что регистрационные системы недоучитывали младенческую смертность; основанные на регистрационных системах показатели младенческой смертности имеют тенденцию быть заниженными[4]. Нет доказательства улучшения сбора данных относительно младенческой смертности через регистрационные системы после распада Советского Союза. Во-вторых, все три недавних обще-национальных исследования указывают на показатели младенческой смертности, значительно превышающие данные МЗ. В-третьих, существует большое количество подтверждения фактов того, что ошибки сообщения младенческой и детской смертности на основании исследований, обычно происходят в направлении недоучета умерших детей. Таким образом, показатели, полученные из исследований, должны рассматриваться в качестве минимальных. И, в-четвертых, результаты ИЗНУ 2002 близки к показателям из исследований в других странах с подобными системами здравоохранения; например: Казахстан (61.9 на 1000) и Киргызстан (61.3 на 1000) (Sullivan and Themme, 2003).

8.4 РАЗЛИЧИЯ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Исходя из вышеизложенного, некоторые отличия в показателях младенческой смертности между ИЗНУ 2002 и МЗ объясняются использованием различных определений. Тем не менее, проблемы с определениями могут объяснить разницу между данными исследований и МЗ только в раннем неонатальном периоде (от рождения до 7 дней жизни). Таблица 8.3 показывает степень, на которую общая разница в показателях младенческой смертности за период 1998-2002 приходится от смертности за период до 7 дней, или от оставшегося периода младенчества. Из общей разницы в 42 смерти на 1000 (62 в сравнении с 20 на 1000), примерно две-трети (63 процента) приходятся на период от 7 дней до конца периода младенчества.

Это означает, что проблемы с определениями являются причиной менее чем половины суммарной разницы между показателем младенческой смертности по данным исследований и МЗ. При условии достоверности показателей смертности на основании исследований, кажущимся выводом является то, что происходящий значительный недоучет случаев в регистрационной системе происходит независимо от проблем в определениях. Таким образом, даже если Узбекистан примет определения ВОЗ по живорожденности и младенческой смерти, то это не устранит недоучет младенческих смертей Министерством Здравоохранения. Помимо проблем с определениями, существуют другие факторы, ведущие к недоучету младенческих смертей в регистрационных системах.

Таблица 8.3 Показатель младенческой смертности по периодам младенчества

Процент влияния разниц в показателях смертности для периодов младенчества в общую разницу в показателях младенческой смертности, 2002 ИЗНУ и Министерство Здравоохранения

Период младенчества	Показатели смертности за 1998-2002 года: ИЗНУ 2002	МЗ[1]	Абсолютная разница	Процент влияния периодов младенчества к разнице в показателях младенческой смертности
До 7 дней	19.8	4.3	15.5	37.0
от 7 до 365 дней	41.9	15.5	26.4	63.0
Всего	61.7	19.8	41.9	100.0

[1]Календарный период данных МинЗдрава 1998-2001.
Источники: Министерство Здравоохранения (WHO/EURO, 2003)

[4] Например, см. Anderson and Silver, 1986 and 1997; Ksenofontova, 1994; Velkoff and Miller, 1995 and Kingkade and Sawyer, 2001.

8.5 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Таблица 8.4 и рисунок 8.1 демонстрируют различия в младенческой и детской смертности ИЗНУ 2002 по социально-экономическими характеристикам. Показатели для подгрупп населения представлены за 10–летний период, предшествовавший исследованию.

Младенческая смертность значительно выше в сельской местности (75 на 1000), чем в городе (43 на 1000). Показатели неонатальной, постнеонатальной и детской смертности – все выше в сельской местности, превышая аналогичные показатели в городах.

Большие различия отмечены в оценках смертности у детей, в зависимости от уровня образования матери. Показатели младенческой смертности отличаются в три раза между женщинами с высшим образованием (29 на 1000) и менее образованными женщинами (95 на 1000).

Различия в показателях смертности по этническим группам говорят о том, что дети, рожденные у женщин узбекской национальности имеют более высокий риск смерти в любом возрасте, чем дети женщин других национальностей.

Таблица 8.4 Смертность в раннем детстве в зависимости от социально-биологических факторов

Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности до пяти лет за десятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность[1] (ПНН)	Младенческая смертность ($_1q_0$)	Детская смертность ($_4q_1$)	Смертность до пяти лет ($_5q_0$)
Место жительство					
Город	26.8	16.1	42.9	11.0	53.4
Село	37.9	36.6	74.6	14.0	87.5
Образование матери					
Начальное/неполное среднее	58.8	35.8	94.6	8.4	102.2
Среднее	34.9	33.3	68.1	14.9	82.0
Средне Специальное	25.9	23.7	49.7	12.3	61.4
Высшее	21.0	8.4	29.4	6.3	35.5
Национальность					
Узбеки	35.9	29.1	65.1	13.3	77.5
Другие	18.4	28.4	46.8	9.8	56.1
Сведение концов с концами					
Большие трудности	31.9	35.0	66.9	13.4	79.4
Некоторые трудности	34.3	28.0	62.4	12.0	73.6
Небольшие трудности	35.1	25.2	60.3	13.4	72.9
Легко	34.4	26.0	60.4	12.6	72.2
Всего	33.9	29.1	62.9	12.9	75.0

[1] Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью.

Отношения между показателем экономической стабильности домовладений и показателями смертности лежат в предсказуемом направлении, но различия скромные. Младенческая смертность в домовладениях, где с большим трудом сводятся концы с концам, находится на уровне 67 на 1000, в то время как показатель для женщин в домохозяйствах с отсутствием трудностей сведения концов с концами равняется 60 на 1000.

8.6 ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

В таблице 8.5 отражена взаимосвязь между уровнем ранней детской смертности и некоторыми демографическими переменными. Для большинства населения Узбекистана мальчики подвержены более высокой смертности, чем девочки. На общенациональном уровне, показатели младенческой смертности находятся на уровне 67 на 1000 для мальчиков, и 59 на 1000 для девочек. Таким образом, младенческая смертность в 14 раз более вероятна среди мальчиков, чем среди девочек.

Не отмечается заметных различий в показателе младенческой смертности в зависимости от возраста матери или по счету родов, за исключением достаточно высокого показателя младенческой смертности для 4х и выше по счету родов, (78 на 1000).

Отчетливая связь обнаружена между риском смертности и продолжительностью предшествующего межродового интервала. Более высокий риск младенческой смертности имеют дети, родившиеся после короткого межродового интервала (а именно, менее 24 месяцев после предыдущих родов), чем родившиеся после более длинных межродовых интервалов. Показатель младенческой смертности для рождений после межродового интервала менее 24 месяцев (80 на 1000), выше показателя для рождений, следующих после интервала 24-35 месяцев (64 на 1000 живорожденых). Эти взаимоотношения предполагают возможность снижения смертности, при условии, что доля рождений, произошедших после короткого межродового интервала будет снижена.

Таблица 8.5 Смертность в раннем детстве в зависимости от демографических показателей

Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности до пяти лет за десятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от демографических показателей, Узбекистан 2002

Демографические показатели	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность[1] (ПНН)	Младенческая смертность ($_1q_0$)	Детская смерт-ность ($_4q_1$)	Смертность до пяти лет ($_5q_0$)
Пол ребенка					
Мужской	37.4	29.4	66.8	12.1	78.1
Женский	30.1	28.7	58.8	13.6	71.6
Возраст матери при рождении					
<20	39.8	23.7	63.5	14.1	76.7
20-29	32.6	27.6	60.2	9.9	69.5
30-39	33.8	35.8	69.5	21.2	89.3
40-49	*	*	*	*	*
Порядок родов					
1	36.1	22.0	58.1	7.9	65.6
2-3	29.2	30.1	59.3	12.3	70.8
4+	41.3	37.0	78.3	20.6	97.2
Интервал между родами					
<24 месяцев	42.9	37.5	80.4	10.4	90.0
24-35 месяцев	29.5	34.3	63.9	16.6	79.4
36-47 месяцев	13.1	19.2	32.3	12.3	44.2
48+ месяцев	30.4	31.7	62.2	22.2	83.0
Всего	33.9	29.1	62.9	12.9	75.0

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.

[1]Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью.

8.7 ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ ОТ СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ

В ИЗНУ 2002 были включены вопросы, отражающие статус женщины в семье. Эти индикаторы предназначены для того, чтобы продемонстрировать способность женщины действовать эффективно в ее собственных интересах, и интересах тех, кто от нее засисит. Это предполагает, что если женщина –обеспечивающиая основную заботу о детях- имеет высокий статус, то это способствует хорошему здоровью и выживанию младенцев.

Женщин-респондентов спрашивали об их участии в принятии решений в домохозяйстве и о причинах, оправдывающих отказ от сексуальных отношений с мужем. Разработанные индикаторы показывали уровни: 1) участия женщины в принятии решений; и 2) ее права отказать мужу в сексуальных отношениях (см. главу 16). Чем выше показатели, тем выше статус женщины, и тем больше власти она имеет в заботе о детях.

В таблице 8.6 показаны показатели смертности в зависимости от статуса женщины. Для обоих индикаторов характерна зависимость между высоким статусом женщины (высокие оценки индексов) и низким показателем смертности. Младенческая смертность в два раза больше в семьях, где женщины не участвуют в принятии решений в домовладении 102 на 1000, тогда как в семьях, где женщины активно участвовали в принятии решений, показатели в два раза ниже (50 на 1000). Таким же образом, младенческая смертность была намного выше среди детей женщин, кто говорил, что нет причин, оправдывающих отказ от секса с мужем (92 на 1000), чем в семьях, где женщины верили, что имеются 3 или 4 причины отказа от сексуальных отношений с мужем (60 на 1000).

Таблица 8.6 Смертность в раннем детстве и статус женщин

Уровни неонатальной, постнеонатальной, младенческой, детской смертности и смертности до пяти лет за десятилетний период, предшествовавший исследованию, в зависимости от женского статуса, Узбекистан 2002

Показатели женского статуса	Неонатальная смертность (НН)	Постнеонатальная смертность[1] (ПНН)	Младенческая смертность ($_1q_0$)	Детская смерт-ность ($_4q_1$)	Смертность до пяти лет ($_5q_0$)
Количество окончательных решений, принимаемых женщиной [2]					
0	42.6	59.5	102.0	8.7	109.9
1-3	32.2	26.8	59.0	10.4	68.8
4-6	37.3	23.1	60.5	16.3	75.8
7-8	26.0	24.3	50.3	15.6	65.2
Количество причин отказа от сексуальных отношений с мужем					
0	26.7	65.7	92.4	6.7	98.4
1-2	40.8	53.5	94.2	8.0	101.5
3-4	33.4	26.2	59.6	13.4	72.1
Всего	33.9	29.1	62.9	12.9	75.0

[1]Рассчитана как разница между младенческой смертностью и неонатальной смертностью. [2]Одна или совместно с другими.

8.8 РОЖДАЕМОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА

Многие исследования выявили отчетливую взаимосвязь между характером рождаемости с риском смертности в детском возрасте. Риск смертности обычно высок среди детей, рожденных от метерей молодого и более старшего возраста; среди детей, родившихся после короткого

межродового интервала, и высоким порядковым номером рождений. В последующем анализе использовались нижеперечисленные критерии: к “молодым матерям” относили матерей моложе 18 лет, или к “более старшим”относили тех, кто старше 34 лет. “Укороченный межродовой интервал” включает рождения за промежуток времени менее 2 лет после предшествующих родов, и “высокий порядок родов”, если у женщины было более 4 родов.

В таблице 8.7 показано распределение детей, родившихся в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию 2002 года, с учетом всех перечисленных факторов риска. Несмотря на то, что данные о первых родах у женщин в возрасте от 18 до 34 лет показаны в Таблице 8.7, они не включены в анализ, потому что они не рассматриваются в категории риска, которого можно избежать.

Из таблицы 8.5.и колонки 1 видно, что в течение пятилетнего периода перед исследованием, 27 процентов родов могли быть отнесены к одной категории повышенного риска и 7 процентов- отнесены к группе множественных категорий повышенного риска.

В колонке 2 представлено соотношение риска для рождений категорий повышенного риска, относительно рождений без всякого риска. В целом, соотношение риска для родов в единичной категории повышенного риска соответствует 1.07 (т.е. на 7 процентов выше, чем у не принадлежащих к категории риска). Для родов в группе множественных категорий повышенного риска, соотношение равняется 2.52 (т.е. на 152 процента выше, чем у родов вне риска).

Из информации, представленной в третьей колонке таблицы 8.5, можно прогнозировать процент замужних женщин, у которых могут быть роды повышенного риска. Данные были получены путем экстраполяции категории риска на ситуацию, при которой все замужние женщины оказались бы беременными. Предположим, на момент проведения исследования, женщине было 37 лет, в анамнезе у нее 4 родов, и последние роды были три года до начала исследования-таким образом она будет отнесена к группе множественных категорий повышенного риска: возраст более 34 лет и высокий порядковый номер родов (более 3), что несет соотношение риска 3.03 (т.е. повышение на 203 процента над родами без всякого риска).

В целом, у 71 процента замужних женщин могут родиться дети с потенциально высоким риском смертности. У сорока-одного процента могут быть роды, относящиеся к группе множественных категорий повышенного риска.

Таблица 8.7 Рождаемость высокого риска

Процентное распределение рождений детей в течение пятилетнего периода, предшествовавшего исследованию, по категориям повышенного риска смертности и соотношения риска, и процентное распределение замужних женщин по категориям риска, как если бы они зачали ребенка в момент исследования, Узбекистан 2002

Категория риска	Роды в течение 5 лет, предшествовавших исследованию: Процент родов	Роды в течение 5 лет, предшествовавших исследованию: Соотношение риска	Процент замужних женщин[1]
Не принадлежит к категории повышенного риска	36.0	1.00	23.0 [a]
Неизбежная категория риска			
Первые роды в возрасте 18 - 34 лет	30.0	0.77	6.5
Одиночная категория повышенного риска			
Возраст матери < 18 лет	1.0	0.00	0.0
Возраст матери > 34 лет	1.8	1.31	6.7
Межродовый интервал < 24 месяцев	12.9	1.14	9.3
Число родов > 3	11.2	1.05	13.4
Всего для данной группы	26.9	1.07	29.3
Группа множественных категорий повышенного риска[2]			
Возраст <18 и межродовой интервал <24 месяцев	0.1	0.00	0.0
Возраст >34 и межродовой интервал <24 месяцев	0.1	2.13	0.1
Возраст >34 и порядок родов >3	3.9	3.03	34.2
Возраст >34 и межродовой интервал <24 месяцев и порядок родов >3	0.4	3.64	1.1
межродовой интервал <24 месяцев и порядок родов >3	2.5	1.67	5.8
Всего для данной группы	7.0	2.52	41.2
Любая категория избегаемого повышенного риска	34.0	1.37	70.5
Всего	100.0	Нп	100.0
Количество родов	2,444	Нп	3,720

Примечание: Соотношение риска-соотношение умерших, принадлежващих к категории рождений повышенного риска, к числу умерших из родов без риска.
Нп = Не примениом
[1] Женщины отнесены к категории риска, который бы они имели при рождении ребенка, зачатого во время проведения исследования: возраст меньше 17 лет и 3х месяцев или старше 34 лет и 2х месяцев, последние роды были менее чем 15 месяцев назад, или порядковый номер последних родов составил 3 и выше.
[2] Включает комбинацию категорий *возраста<18лет и порядка родов>3*
[a] Включает женщин, прошедших стерилизацию.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ 9

А.М.Хаджибаев и Р.Столлингс

В данной главе мы суммируем информацию по общему физическому и оральному статусам здоровья, по использованию услуг стоматологии и здравоохранения, недавние эпизоды астмы, недавние травмы и отравления среди всех детей до пяти лет жизни, чьи матери были проанкетированы в 2002 ИЗНУ.

9.1 СТАТУС ОБЩЕГО ЗДОРОВЬЯ И УТИЛИЗАЦИЯ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С 1995 года правительство Узбекистана в тесном сотрудничесте с международными организациями работает над улучшением системы здравоохранения, уделяя особое внимание переходу предоставления услуг с госпитальной основы на первичную систему охраны здоровья. Согласно плана реконструкции начатого в 1998 году, первичная охрана здоровья гарантирована всем гражданам через сеть городских и сельских врачебных пунктов, с небольшим количеством маленьких коммунальных больниц или фельдшерско-акушерских пунктов, поддерживаемых в отдаленных районах. Факты улучшения в первичной охране здоровья были недавно опубликованы Министерством Здравоохранения: увеличение покрытия вакцинацией детей в возрасте 12-23 месяцев тремя дозами АКДС с 89 до 96 процентов за период между 1995 и 2000 годами. (PHNI Project, 2003).

В 2002 ИЗНУ, матерям задавали вопрос об общем статусе здоровья детей, обычном источнике оказания медицинской помощи и госпитализации их детей в возрасте до 5 лет жизни.

Матерей просили оценить общее здоровье их детей по пятибальной шкале, в пределах от плохого до отличного. Результаты представлены в Таблице 9.1. Почти 18 процентов детей были оценены имевшими отличное или очень хорошее здоровье, 72 процента с хорошим здоровьем, и 11 процентов были посредственного или плохого здоровья.

Рисунок 9.1 отражает распределение оценки здоровья по регионам. Дети в Западном регионе менее всего были оценены их матерями имевшими отличное или очень хорошее здоровье. Интересно, что дети в городе Ташкенте менее всего были оценены имевшими среднее или “хорошее” здоровье. Городские дети в два раза чаще были оценены имевшими посредственное или плохое здоровье, по сравнению с сельскими детими. Подобная тенденция может отражать либо действительную разницу в здоровьи или просто разницу в том, как матери в различных регионах представляют себе “ здорового” ребенка.

Семнадцать процентов всех детей были госпитализированы на сутки по поводу травмы или болезни. Как и ожидалось, эта пропорция увеличивается с возрастом, с 6 процентов среди младенцев до 24 процентов среди детей четырех лет жизни. Различия по другим социально-биологическим факторам незначительны.

Матерей просили описать место куда наиболее часто их ребенок ходит для получения медицинской помощи. Девять процентов детей обычно водят в больницу, и менее одного процента посещает частную клинику или частного медработника, тогда как большинство детей отводят в поликлинику (46 процентов) или в сельский врачебный пункт (37 процентов). Как видно из Таблицы 9.2, обычный источник медицинской помощи, в основном, определяется

городским/сельским местом проживания, в соответствии с государственной стратегией предоставления услуг. В городской местности, основное большинство маленьких детей (88 процентов), обычно получают медицинскую помощь в поликлиниках, тогда как в сельской местности, большинство (57 процентов) ходят в сельский врачебный пункт. Почти все дети в городской местности обычно осматриваются врачом, когда они приходят за помощью (98 процентов), тогда как в сельской местности, фельдшеры и медсестры обычно оказывают помощь 10 процентам детей.

Таблица 9.1 Оценка матерями общего состояния здоровья детей

Среди детей до пяти лет, процентное распределение материнской оценки общего состояния здоровья детей и число медицинских поступлений. в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Материнская оценка здоровья детей					Число поступлений в больницу на сутки по поводу травмы или болезни за период всей жизни ребенка					
	Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Посредств/ плохое	Всего	Ни одного	1	2	3+	Всего	Число
Пол ребенка											
Женский	5.5	12.6	72.1	9.8	100.0	84.8	11.1	2.7	1.4	100.0	1,093
Мужской	5.3	11.8	71.4	11.5	100.0	80.7	13.5	3.0	2.8	100.0	1,195
Возраст в месяцах											
<12	6.3	14.1	70.1	9.5	100.0	93.7	4.6	1.1	0.6	100.0	483
12-23	3.9	10.6	73.0	12.5	100.0	84.5	12.6	1.6	1.2	100.0	418
24-35	7.2	12.4	68.4	12.0	100.0	80.9	13.4	3.6	2.1	100.0	502
36-47	5.2	12.3	72.7	9.8	100.0	77.5	15.6	3.8	3.1	100.0	434
48-59	3.9	11.2	75.3	9.6	100.0	76.0	16.2	4.0	3.7	100.0	450
Очередность родов											
1	6.3	14.9	70.4	8.5	100.0	80.5	13.4	4.0	2.2	100.0	731
2-3	4.9	11.8	71.3	12.0	100.0	82.6	12.6	2.4	2.4	100.0	1,159
4+	5.3	8.1	75.6	10.9	100.0	86.8	9.8	2.0	1.3	100.0	397
Место жительства											
Город	6.4	11.3	66.4	15.9	100.0	81.3	12.6	3.5	2.6	100.0	820
Село	4.9	12.6	74.7	7.8	100.0	83.4	12.2	2.5	1.9	100.0	1,468
Регион											
Западный	2.4	3.1	81.8	12.7	100.0	88.0	7.3	3.0	1.7	100.0	296
Центральный	9.6	9.9	69.4	11.1	100.0	79.7	15.3	3.0	1.9	100.0	582
Восточно-Центральный	3.3	9.8	76.6	10.3	100.0	79.3	14.1	4.2	2.4	100.0	602
Восточный	3.5	20.9	69.7	5.9	100.0	84.3	11.5	1.7	2.5	100.0	628
Город Ташкент	10.1	11.8	54.1	24.0	100.0	89.0	9.1	0.9	1.0	100.0	180
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	1.4	1.1	89.7	7.8	100.0	92.8	4.9	1.8	0.5	100.0	161
Ферганская Область	5.2	19.1	69.9	5.7	100.0	83.5	11.4	2.4	2.7	100.0	316
Образование матери											
Начальное /неполное среднее	8.8	8.3	76.4	6.4	100.0	81.6	14.2	2.7	1.5	100.0	219
Среднее	5.0	12.8	73.2	8.9	100.0	83.4	12.2	2.7	1.7	100.0	1,429
Среднее-специальное	5.5	9.6	68.5	16.4	100.0	80.4	13.9	3.2	2.5	100.0	453
Высшее	4.0	17.9	62.8	15.3	100.0	83.8	7.7	3.4	5.1	100.0	186
Всего	5.4	12.2	71.8	10.7	100.0	82.7	12.4	2.8	2.1	100.0	2,288

Рисунок 9.1 Оценка матерями здоровья детей по регионам, для детей в возрасте 0-59 месяцев

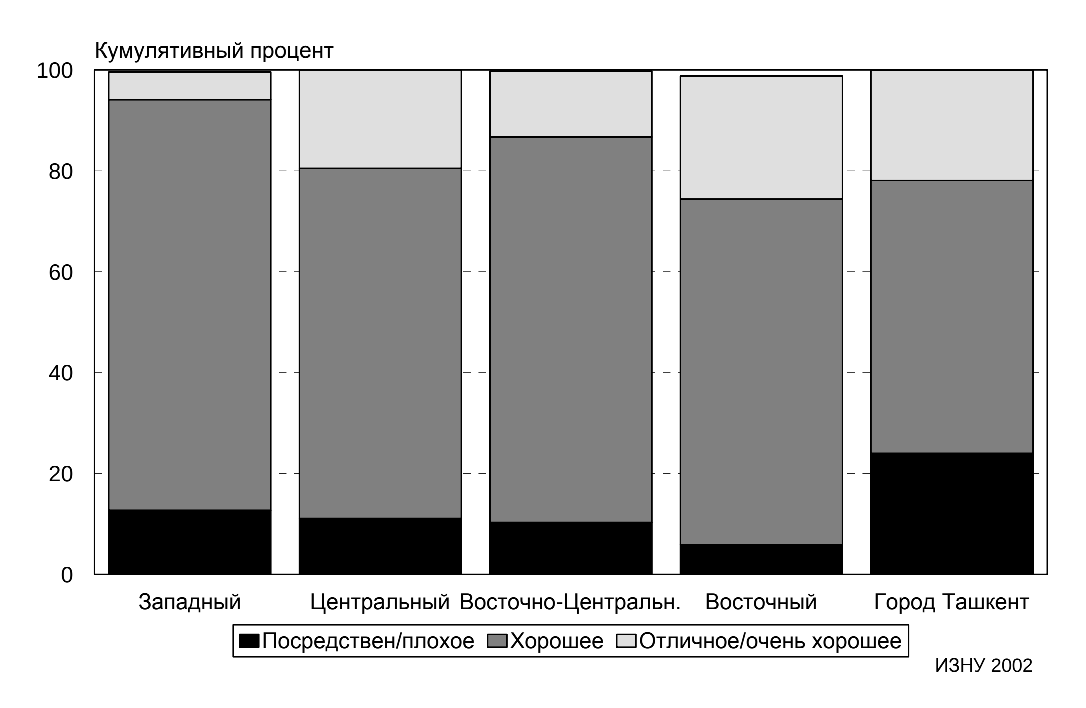


Таблица 9.2 Обычный источник получения медицинской помощи для ребенка

Среди детей младше пятилетнего возраста, процентное распределение обычного источника медицинской помощи и обычно оказывающего медицинскую помощь, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Обычный источник получения медицинской помощи для ребенка									Оказывающий медицинскую помощь ребенку					
Социально-биологические Факторы	Институт, областная или городская больница	Районная больница	Сельская больница	Поликлиника/ Амбулатория/ ведомственная	Сельский врачебный Пункт	Другая государственная клиника или помощь	Частная клиника или помощь	Ничего/ Не знаю/ пропущено	Всего	Врач	Фельдшер	Медсестра/ другое	Никто/ не подходит	Всего	Число
Пол ребенка															
Женский	2.1	2.6	3.5	45.9	38.2	6.6	0.0	1.1	100.0	92.9	4.8	1.2	1.1	100.0	1,093
Мужской	2.8	2.9	3.3	46.6	35.8	7.2	0.4	0.9	100.0	92.4	5.2	1.5	0.8	100.0	1,195
Возраст в месяцах															
<12	2.7	2.1	4.5	39.7	43.1	7.5	0.0	0.3	100.0	94.6	3.5	1.6	0.3	100.0	483
12-23	3.3	2.5	3.4	44.5	37.3	8.3	0.4	0.3	100.0	91.3	7.0	1.4	0.3	100.0	418
24-35	1.4	2.9	4.1	45.7	38.4	5.9	0.4	1.3	100.0	93.4	4.0	1.3	1.3	100.0	502
36-47	2.7	2.9	2.5	47.0	34.5	8.6	0.3	1.5	100.0	90.7	6.8	1.3	1.2	100.0	434
48-59	2.4	3.4	2.3	55.0	30.6	4.6	0.0	1.6	100.0	93.0	4.1	1.4	1.6	100.0	450
Место жительства															
Город	5.7	2.9	0.0	88.1	1.6	0.0	0.4	1.3	100.0	98.3	0.1	0.3	1.3	100.0	820
Село	0.7	2.7	5.3	22.9	56.7	10.8	0.1	0.8	100.0	89.5	7.8	2.0	0.7	100.0	1,468
Регион															
Западный	4.7	4.2	3.6	41.1	37.3	5.9	0.3	2.8	100.0	93.0	0.9	3.3	2.8	100.0	296
Центральный	2.4	1.7	7.6	30.9	42.9	14.6	0.0	0.0	100.0	88.8	10.3	0.9	0.0	100.0	582
Восточно-Центральный	1.7	3.4	3.5	40.2	44.9	5.6	0.5	0.2	100.0	91.5	6.3	2.0	0.2	100.0	602
Восточный	2.7	2.9	0.3	54.6	34.2	3.6	0.0	1.6	100.0	95.8	2.1	0.8	1.4	100.0	628
Город Ташкент	0.7	1.2	0.0	96.0	0.0	0.0	0.4	1.7	100.0	98.0	0.4	0.0	1.7	100.0	180
Регионы расширенной выборки															
Каракалпакстан	6.1	2.5	6.5	48.9	22.2	8.5	0.6	4.8	100.0	89.8	1.1	4.4	4.8	100.0	161
Ферганская Область	5.4	1.9	0.2	61.5	25.3	5.3	0.0	0.4	100.0	96.6	1.8	1.1	0.4	100.0	316
Образование матери															
Начальное/ неполное среднее	1.3	0.7	7.0	38.2	44.7	8.1	0.0	0.0	100.0	95.6	3.8	0.6	0.0	100.0	219
Среднее	1.7	2.8	3.7	39.6	42.4	8.5	0.2	1.1	100.0	91.4	6.2	1.3	1.0	100.0	1,429
Среднее - специальное	5.0	3.9	2.2	58.9	25.4	3.5	0.0	1.1	100.0	93.6	3.2	2.0	1.1	100.0	453
Высшее	3.3	2.4	0.2	76.3	14.2	1.9	0.9	0.9	100.0	96.6	1.2	1.3	0.9	100.0	186
Всего	2.5	2.8	3.4	46.3	36.9	6.9	0.2	1.0	100.0	92.7	5.0	1.4	0.9	100.0	2,288

9.2 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Астма это болезнь характеризующаяся повторными атаками затрудненного дыхания со свистом или хрипом и периодами удушья. Эти симптомы возникают, когда воздушные пути в легких являются воспаленными, их покрытие отекает, и воздушные пути сужаются, снижая количество проходящего воздуха в легкие и обратно.

Кроме семейного анамнеза астмы и аллергии, другими факторами риска астмы являются ранние контакты с комнатными аллергенами, низкий вес при рождении, и респираторные инфекции. Контакт с сигаретными дымом является известным фактором риска, тогда как роль загрязнителей окружающей среды в настоящий момент не является убедительной. Аллергические риниты, которые являются вызванным аллергенами воспалением носовой мембраны, недавно были признаны Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) фактором риска заболевания астмой.

Плохое качество воздуха является фактором риска респираторных инфекций, которые могут привести к астме. В Узбекистане, наибольшим загрязнителем воздуха являются автомобили: 60 процентов по всей республике и 80 процентов в больших городах. Основное большинство индустриальных заводов, которые концентрируются в Ташкенте, Кашкадарье, Бухаре и Навои не имеют обрудования по очистке и контролю загрязнителей (WHO/EURO, 1999).

По всему миру, распространенность астмы увеличивается со средней скоростью 50 процентов каждые 10 лет и по оценкам ВОЗ является ответственной за 250,000 детских смертей в год (WHO, 2000). В 1997 году, респираторные заболевания отвечали за 14 процентов всех смертей в Узбекистане среди лиц в возрасте 0-64 лет, дважды превышая средний показатель по всему Европейскому региону (6 процентов). Половина всех детских смертей в Узбекистане в 1998 году были по причинам, связанным с респираторным заболеваниям (WHO/EURO, 1999).

Таблица 9.3 Распространенность симптомов астмы

Процент детей до пяти лет жизни с симптомами астмы в последние 12 месяцев, в зависимости от социально-биологических факторов и контакта с загрязнителями окружающей среды, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент детей с затрудненным дыханием со свистом или хрипом	Число
Пол ребенка		
Женский	8.9	1,093
Мужской	9.8	1,195
Возраст ребенка в месяцах		
<6	6.6	237
6-11	17.9	246
12-23	15.1	418
24-35	7.6	502
36-47	5.8	434
48-59	6.4	450
Место жительства		
Город	9.8	820
Село	9.2	1,468
Регион		
Западный	14.7	296
Центральный	11.2	582
Восточно-Центральный	12.3	602
Восточный	4.0	628
Город Ташкент	3.7	180
Регионы расширенной выборки		
Каракалпакстан	8.7	161
Ферганская Область	2.3	316
Образование матери		
Начальное /полное среднее	6.2	219
Среднее	9.7	1,429
Среднее-специальное	9.0	453
Высшее	11.7	186
Контакт с сигаретным дымом в возрасте 0-40 дней		
Да	20.5	185
Нет	8.4	2,103
Топливо, используемое для приготовления пищи		
Электричество	15.2	58
Компрессированный газ/природный газ/биогаз	10.0	1,776
Керосин/уголь/лигнит/древесный уголь/дрова/кизяк/другое	6.3	454
Всего	9.4	2,288

Для того, чтобы оценить распространенность симптомов астмы среди детей до пяти лет жизни, матерям были заданы несколько вопросов о дыхании их детей.

Всего, 9 процентов детей до 5 лет жизни испытывали эпизод затрудненного дыхания со свистом и одышкой в 12 месяцев, предыдущих исследованию. Распространенность достигает пика в возрасте 6-23 месяцев во всех возрастных группах, с наименьшими показателями в Восточном регионе и городе Ташкенте, и увеличиваясь с уровнем образования матерей (Таблица 9.3).

Из 215 детей, которые в прошлом году испытали любое количество атак затрудненного дыхания с хрипом или свистом, у половины была одна атака, тогда как у 22 процентов- 3 и более атак (не показано). Матерей детей с любым количеством недавних (в предыдущие 12 месяцев) эпизодов атак далее спрашивали, как часто сон ребенка был нарушался затрудненным дыханием с хрипом, и были ли у ребенка в момент атаки трудности с речью между вдохами. В соответствии с ответами матерей, 45 процентов детей с каким-либо количеством недавних эпизодов затрудненного дыхания с хрипом или свистом, имели проблемы с нарушением сна по крайней мере раз в неделю в течение последних 12 месяцев. Среди 154 детей с каким-либо количеством недавних эпизодов затрудненного дыхания с хрипом или свистом, те кто также умел говорить, почти 20 процентов в момент атаки испытывали трудности с речью между вдохами.

Анкеты предоставляют возможность двух приблизительных измерений по контакту с сигаретным и топливным дымами. Про каждого ребенка до 5 лет жизни, мать просили вспомнить, находился ли ребенок в течение какого-либо времени в первые 40 дней жизни в одной комнате с курящими.[1] В анкете домохозяйства, респондентов просили указать основной вид топлива, используемый для приготовления пищи.

Двадцать процентов детей, имевших в раннем младенчестве контакт с сигаретным дымом, испытали эпизод затрудненного дыхания с хрипом или свистом в предыдущие 12 месяцев, по сравнению с 8 процентами не имевших контакта с сигаретным дымом детей, что составляет относительный риск 2.4. С другой стороны, дети в домах, где биомассное топливо используется для приготовления пищи, были менее подвержены недавним эпизодам затрудненного дыхания, по сравнению с детьми из домов, использующих газ или электричество для приготовления пищи (6 процентов против 10 процентов), приводя к относительному риску 0.6. Так как более 90 процентов домохозяйств, использующих биомассное топливо для приготовления пищи, живут в сельской местности, эта противоречивая ассоциация может быть связана с контактом городских детей с большим количеством загрязнителей воздуха вне их дома, по сравнению с сельскими детьми.

9.3 ТРАВМЫ

Согласно отчета 1998 года, подготовленного Европейским Центром по Здоровью в Переходных Обществах (ECOHOST, 1998), детский травматизм является большой нераспознанной проблемой в Содружестве Независимых Государств (СНГ). Согласно данных 1992/93 годов, для детей как мужского, так и женского пола в возрасте 1-4 лет, смертность от актов насилия и других внешних причин (включая утопление, случайное отравление, ожогов и падений) были выше в Южных СНГ, чем в любых других суб-регионах Европы.

Данные по причинам смерти в Узбекистане на 1998 по детям до 5 лет жизни, указывают примерные показатели 2.75 на 100,000 для смертей, относящихся к транспорту, 2.42 на 100,000 для

[1] Матерей также спрашивали об их собственных привычках курения. Менее чем один процент являются настоящими или прошлыми курильщиками. Таким образом, распространенность астмы не анализировалась относительно материнского курения.

смертей, относящихся к актам насилия, и 37.9 на 100,000 для смертей от других внешних причин (WHO, 2003c).

В 2002 ИЗНУ по каждому ребенку до 5 лет жизни, матерям был задан ряд вопросов относительно любых требоваваших медицинской помощи травм и отравлений, которые произошли в течение 3 месяцев до начала исследования, и об использовании медицинских услуг в этих случаях.[2]

В целом, среди детей до 5 летнего возраста, частота травм или отравлений, требовавших медицинского вмешательства в последние 3 месяца, составила 2 процента. Как видно из Таблицы 9.4, проценты не различались существенно по полу или возрасту, сгрупированных по количеству прожитых месяцев. Однако, у городских детей в два раза чаще, чем у сельских детей были недавние несчастные случаи (относительный риск 2.0). Из числа 50 детей, имевших несчастный случай, четверть была госпитализирована на сутки (не показано). Шестьдесят процентов несчастных случаев произошли в домашних условиях. Большинство детей (29 из 50) были травмированы в результате падения и 12 от ожогов (включая огонь). Имелось всего 2 случая отравления и ни одного случая травмы, связанной с актами насилия.

Таблица 9.4 Травма и отравления у детей, требовавшие меди-цинского внимания

Процент травм и отравлений среди детей до пятилетнего возраста в течение трех месяцев предшествовавших исследованию, по которым обращались за медицинской помощью, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент травм или отравлений с оказанной медицинской помощью	Число
Пол ребенка		
Женский	2.0	1,093
Мужской	2.1	1,195
Возраст ребенка в месяцах		
<12	1.6	483
12-23	2.5	418
24-35	2.2	502
36-47	1.7	434
48-59	2.5	450
Место жительства		
Город	3.1	820
Село	1.5	1,468
Всего	2.1	2,288

[2] Анализ причин детской смертности не являлся целью ИЗНУ 2002. Так как вопросы о травмах и отравлениях были заданы только в отношении живых детей, их распространенность в представленных данных может быть недооцененной. Однако это скорее всего не является реальным, так как данные вопросы относятся к короткому, только 3-месячному, промежутку времени.

9.4 ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ

В последние годы растет количество научных фактов, поддерживающих роль инфекций или болезней ротовой полости в качестве факторов риска системных заболеваний, включая бактериальную пневмонию. Несмотря на потенциальную пользу для общего здоровья человека, профилактической службе здоровья зубов часто оказывается низкий приоритет в плохо-оснащенных местах и среди низко-оплачиваемого населения. В Узбекистане, стоматологи обычно были включены в состав штата поликлиник, и с недавних пор включены в штат сельских врачебных пунктов, которые в настоящий момент заменяют поликлиники и фельдшерско-акушерские посты в качестве источников первичной медико-санитарной помощи.

В результате президентского указа по реформам в системе здравоохранения, выпущенном в 1998 году Кабинетом Министров, Министерством Здравоохранения разрабатывается перечень заболеваний, подлежащих покрытию службами экстренной медицинской помощи. После 2005 года, болезни зубов не будут включены в государственный пакет и должны будут оплачиваться пациентом, его/ее работодателем, или страховым фондом (European Observatory on Health Care Systems, 2001). Скорее всего, это приведет к падению уровня использования первичной службы охраны здоровья зубов семьями с низким доходом, включая их детей.

Детские стоматологи рекомендуют, чтобы дети осматривались зубными врачами вскоре после их первого дня рождения для оценки проблем развития, и, чтобы рутинная чистка зубов у детей стоматологами начиналась с 3-х летнего возраста с интервалами в каждые 6 месяцев. В отношении ежедневной чистки зубов, десны младенцев должны очищаться от налета. Когда зубы начинают прорезываться, их нужно осторожно очищать водой. Использование зубной пасты и порошка должно начинаться с 2-х летнего возраста.

В исследовании, проведенном в Узбекистане в 1996 году для ВОЗ, у 83 процентов детей в возрасте 5-6 лет и 59 процентов детей в возрасте 12 лет нашли один или более кариозных, вырванных или запломбировнных зубов. Среднее количество кариозных, вырванных или запломбировнных зубов (DMFT), было 4.0 среди 5-6 летних детей и 1.4 среди 12 летних (Leous, 1996).

В 2002 ИЗНУ, о всех детях до 5 лет жизни матерям задавали ряд вопросов относительно здоровья их зубов и использования стоматологической службы.

Таблица 9.5 суммирует ответы матерей на вопросы о частоте и методе чистки зубов их детей в домашних условиях. Среди детей в возрасте 6-59 месяцев с прорезанными зубами, 65 процентов чистят зубы менее одного раза в месяц любым методом. Как и ожидалось, частота чистки зубов увеличивается с возрастом. К возрасту 48-59 месяцев, 58 процентов детей чистят зубы чаще, чем раз в неделю, но одна треть редко или никогда не чистят своих зубов. Дети из Западного и Восточно-Центрального регионов реже всего чистят зубы на регулярной основе, по сравнению с детьми из других регионов, также, деть у матерей с более высоким образованием, чистят зубы ежедневно или несколько раз в неделю. Дети из семей с большей экономической стабильностью, определяемые как легко “сводящие концы с концами”, чаще других детей чистят зубы ежедневно или несколько раз в неделю.

Таблица 9.5 Частота чистки зубов в зависимости от социально-биологических факторов

Среди детей в возрасте 6-59 месяцев с естественными зубами, процентное распределение частоты чистки зубов и процент использовавших для чистки зубов зубную щетку с пастой/порошком, в зависимости от социально-биологических факторов ,Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Частота чистки зубов						Процент чистящих зубы щеткой и порошком/пастой	Число детей с естественными зубами	Процент детей с естественными зубами	Число всех детей
	Ежедневно	Несколько раз в неделю	Еженедельно	Раз в месяц	Редко/ никогда	Всего				
Пол ребенка										
Женский	20.8	10.0	5.4	1.3	62.5	100.0	30.8	894	91	982
Мужской	19.1	8.7	4.0	0.9	67.3	100.0	26.4	994	93	1,069
Возраст ребенка в месяцах										
6-11	0.4	0.0	0.0	0.0	99.6	100.0	1.1	115	46	246
12-23	3.3	1.3	0.6	0.0	94.7	100.0	3.9	396	94	418
24-35	12.7	7.9	4.4	1.2	73.9	100.0	19.2	498	99	502
36-47	26.3	13.0	5.9	1.8	53.0	100.0	37.4	430	99	434
48-59	41.5	16.8	8.7	1.6	31.4	100.0	58.9	448	99	450
Место жительства										
Город	27.1	7.8	4.8	1.0	59.4	100.0	34.9	716	94	757
Село	15.5	10.3	4.6	1.2	68.4	100.0	24.5	1,172	90	1,293
Регион										
Западный	16.2	5.6	3.2	0.0	75.1	100.0	18.3	241	91	262
Центральный	23.9	8.5	8.4	0.9	58.3	100.0	34.3	487	92	526
Восточно-Центральный	16.0	6.9	0.9	1.3	74.9	100.0	21.3	493	92	531
Восточный	22.2	12.1	4.4	1.4	60.0	100.0	29.9	509	89	568
Город Ташкент	18.0	16.3	8.7	1.5	55.4	100.0	43.8	158	96	163
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	11.5	3.6	4.8	0.0	80.1	100.0	16.4	131	92	142
Ферганская Область	18.1	14.1	7.2	2.6	58.0	100.0	36.2	268	95	281
Образование матери										
Начальное /неполное среднее	23.4	9.5	5.4	0.7	61.1	100.0	34.4	178	92	194
Среднее	17.3	8.9	4.6	1.3	67.9	100.0	26.5	1,161	91	1,273
Среднее -специальное	22.7	7.3	4.1	1.1	64.7	100.0	25.7	376	92	406
Высшее	27.6	16.6	5.7	0.0	50.1	100.0	41.6	172	96	178
Сведение концов с концами										
Большие трудности	18.4	6.4	6.6	0.8	67.8	100.0	26.3	520	91	566
Некоторые трудности	19.8	9.8	3.2	0.9	66.4	100.0	25.7	649	91	708
Небольшие трудности	21.0	9.8	5.2	1.4	62.6	100.0	32.3	566	91	616
Легко	22.0	15.0	3.0	1.8	58.2	100.0	33.2	151	95	159
Всего	19.9	9.3	4.7	1.1	65.0	100.0	28.5	1,888	92	2,051

Подобные отличия по возрасту, региону, образованию матери и “свеению концов с концами” наблюдается в случае использования для чистки зубной щетки с зубным порошком или пастой. В целом, почти 30 процентов детей используют зубную щетку с порошком или пастой для чистки своих зубов.

Матерей просили оценить состояние зубов их детей в пределах от плохого до отличного. Результаты показаны в Таблице 9.6 для детей в возрасте от 12 до 59 месяцев. В целом, 19 процентов оценили зубы своих детей, как отличные или очень хорошие, тогда 11 процентов оценили их посредственными или плохими. Матери из городских регионов в два раза чаще оценивали состояние зубов своих детей как посредственое или плохое, чем матери из сельских

регионов (16 процентов против 8 процентов). Процент посредственных и плохих оценок, также, увеличивался позитивно с образованием матери, с 5 процентов среди детей от матерей с образованием ниже среднего, до 22 процентов от матерей с высшим образованием. Найденные данные выглядят некоторым образом противоречивыми, и могут предположить, что городские и более образованные женщины оценивают состояние зубов своих детей по более высоким субъективным стандартам.

Таблица 9.6 Состояние зубов детей

Среди детей в возрасте 12-59 месяцев, процентное распределение по материнской оценке состояния зубов, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

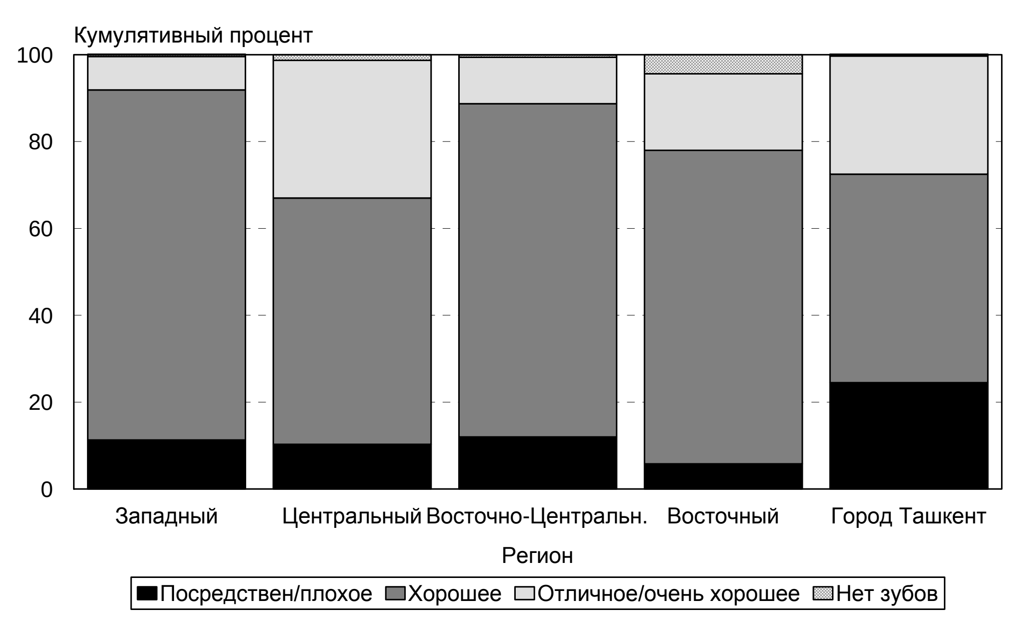
Социально-биологические факторы	Оценка матерей состояния зубов их детей: Отличное/ Очень хорошее	Хорошее	Посредственное/ Плохое	Нет зубов, пропущенные	Всего	Когда либо осмотривался стоматологом	Число
Пол ребенка							
Женский	18.4	69.2	10.8	1.6	100.0	5.9	861
Мужской	19.6	67.7	10.8	1.9	100.0	5.8	944
Возраст ребенка в месяцах							
12-23	16.2	70.0	8.6	5.3	100.0	4.5	418
24-35	21.5	68.8	8.9	0.9	100.0	3.7	502
36-47	21.3	67.7	10.1	0.9	100.0	7.0	434
48-59	16.7	67.2	15.7	0.4	100.0	8.6	450
Место жительства							
Город	18.1	64.3	16.2	1.4	100.0	6.9	686
Село	19.6	70.9	7.5	2.0	100.0	5.3	1,118
Регион							
Западный	7.7	80.6	11.3	0.5	100.0	3.1	225
Центральный	31.7	56.7	10.3	1.3	100.0	6.6	467
Восточно-Центральный	10.7	76.7	12.0	0.5	100.0	9.4	463
Восточный	17.6	72.2	5.8	4.4	100.0	4.3	500
Город Ташкент	27.2	48.0	24.5	0.4	100.0	2.4	149
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	4.8	82.3	12.5	0.3	100.0	1.9	123
Ферганская Область	20.1	70.8	8.2	0.9	100.0	2.9	251
Образование матери							
Начальное и неполное среднее	22.1	69.6	5.3	2.9	100.0	4.7	175
Среднее	18.8	69.4	9.5	2.2	100.0	5.8	1,110
Среднее специальное	18.6	68.9	12.0	0.5	100.0	5.6	354
Высшее	18.1	59.0	22.5	0.4	100.0	8.6	166
Сведение концов с концами							
Большие трудности	19.6	65.6	12.6	2.2	100.0	3.2	501
Некоторые трудности	15.5	72.6	9.9	2.0	100.0	6.7	622
Небольшие трудности	20.1	67.7	10.9	1.2	100.0	7.0	535
Легко	28.2	62.3	7.7	1.8	100.0	7.8	145
Всего	19.0	68.4	10.8	1.8	100.0	5.9	1,805

Состояние зубов детей из экономически стабильных домохозяйств, чаще оценивались их матерями, как отличное или очень хорошее. Рисунок 9.2 отображает суммарное распределение материнских оценок состояния зубов своих детей по регионам. Матери из Западного региона наиболее последовательно оценивали состяние зубов своих детей в средней категории (хорошее), тогда как Ташкентские матери почти одинаково оценивали состяние зубов своих детей на любом конце шкалы оценки (отличное/очень хорошее или посредственное/ плохое).

К 12-месячному возрасту, почти у всех детей имелись первые прорезанные зубы, что согласно рекомендованной практики, требовало их осмотра зубным специалистом. Как показано в Таблице 9.6, только шесть процентов детей в возрасте 12-59 месяцев когда-либо осмотривались зубным специалистом. Доля детей, когда-либо осмотренных зубным специалистом, постепенно увеличивается с возрастом, с уровнем материнского образования, и оценки домохозяйства по способности “сводить концы с концами”. Необходимо отметить, что дети из города Ташкента, среди которых имеется наибольший процент оцененных их матерями как имеющими посредственное или плохое состояние зубов, были менее всех склонны осматриватся зубным специалистом, в 2 процентах случаев.

Большинство этих когда-либо осмотреных зубным специалистом детей, посетили его в последий раз в течение предыдущих 6 месяцев до начала исследования. Среди 104 детей, когда-либо осмотренных, половина сказали, что у них были обнаружены кариозные полости в течение прошлого года, две трети из которых были пролечены (не показано). Судя по ответам, шесть процентов детей в возрасте от 12-59 месяцев жизни, испытали зубную боль, не относящуюся к прорезыванию зубов, в течение 3 месяцев до начала исследования.

***Рисунок 9.2* Оценка матерями состояния зубов, по регионам, для детей в возрасте 12-59 месяцев**



ПИТАНИЕ 10

Р. Столлингс и Н.К.Туреева

Данная глава покрывает вопросы статуса и характера питания взрослых женщин и мужчин, и детей до пяти лет жизни, грудное вскармливание и практику прикорма, и анемию среди детей в возрасте 6-59 месяцев жизни. Данные исследования 2002 ИЗНУ при возможности сравниваются с данными Программы Медико-Демографического Исследования Узбекистана 1996 года.

10.1 СТАТУС ПИТАНИЯ ВЗРОСЛЫХ

10.1.1 Измерения статуса питания взрослых

Рост является мерой оценки статуса питания в прошлом и отражает кумулятивный эффект доступа к питательным продуктам в период детства и отрочества, так же как и наследственный статус питания. Для женщин, рост может быть использован для предсказания риска, связанного с родами, так как низкий рост ассоциирован с обструкцией в родах, низким весом при рождении, и более высокими показателями выкидышей и мертворождений. Рост, ниже которого женщина относится в категорию риска по питанию, находится в пределах от 140 до 150 сантиметров.

Индекс массы тела (ИМТ) является мерой оценки энергетических резервов индивидуального лица и вычисляется путем деления веса тела в килограммах на квадрат роста в метрах (кг/м^2). Значение ИМТ ниже 18.5 указывает на хроническую энергетическую недостаточность среди мужчин и не-беременных женщин, основываясь на точках отрезания установленных ВОЗ (WHO, 1995). Значения 25.0-29.9 указывают на, что лицо имеет излишек веса и является тучным, тогда как значения 30.0 и выше указывают на ожирение.

Превалирование излишка веса и ожирения стремительно нарастает во многих регионах мира и среди всех возрастных групп. Это происходит в связи с быстрыми изменениями диеты и стиля жизни, сопровождающие индустриализацию и урбанизацию. Характер питания изменился с увеличением потребления пищи с высоким содержанием жиров, особенно насыщенных жиров и с низким потреблением углеводов, тогда как потребности в физическом труде были стремительно замещены “сидячей” формой трудовой деятельности. Особенно настораживающим является стремительный рост излишнего веса и ожирения среди детей и подростков. Однако, в большинстве индустриально развитых стран, как число, так и доля лиц старшего возраста увеличивается, приводя к возрастающим расходам здравоохранения на хронические заболевания, которые типично увеличиваются с возрастом. Излишек питания, то есть лишний вес и ожирение, является лидирующим фактором риска для многих хронических болезней, включая гипертонию, диабет II типа, ишемическую болезнь сердца, кровоизлияние в мозг, и некоторые формы рака (WHO/NUT/NCD, 1998).

10.1.2 Статус питания взрослых в соответствии с ИЗНУ 2002

В 2002 ИЗНУ, статус питания женщин в возрасте 15-49 лет и мужчин в возрасте 15-59 лет оценивался путем измерения их роста и веса. Затем высчитывался Индекс Массы Тела, дополнительный индекс статуса питания. Данные по росту относятся ко всем измереннным женщинам, тогда как данные по ИМТ относятся ко всем не-беременным женщинам, по крайней мере 3 и более месяцев после родов. Измерения роста были произведены среди 99 процентов опрошенных женщин, и ИМТ был расчитан у 98 процентов не-беременных женщин. У 88

процентов опрошенных мужчин, ИМТ тела был просчитан на основании измерений их роста и веса.

Таблица 10.1.1 указывает, что средний рост женщин Узбекистана составляет 159.5 сантиметров, и только 0.5 процентов женщин были ниже 145 санитиметров. Средний рост мало изменяется в зависимости от социально биологических факторов. Низкий рост превалирует среди женщин с низким уровнем образования, т.е. с начальным/незаконченным средним образованием —2.2 процента которых ниже 145 санитиметров.

Таблица далее указывает, что 6 процентов женщин относятся к состоянию энергетической недостаточности (ИМТ ниже 18.5), 67 процентов находятся в пределах нормы, 21 процент имеют излишек веса и, 7 процентов страдают ожирением. Наиболее высокие показатели энергетической недостаточности (худые), выявлены среди женщин в возрасте 15-24 лет (8 до 13 процентов), женщин, живущих в Западном и Восточном регионах (7 и 9 процентов), и женщин без образования или, только с начальным или незаконченным средним образованием (9 процентов), по сравнению с другими женщинами.

Таблица 10.1.1 Статус питания в зависимости от социально-биологических факторов: женщины

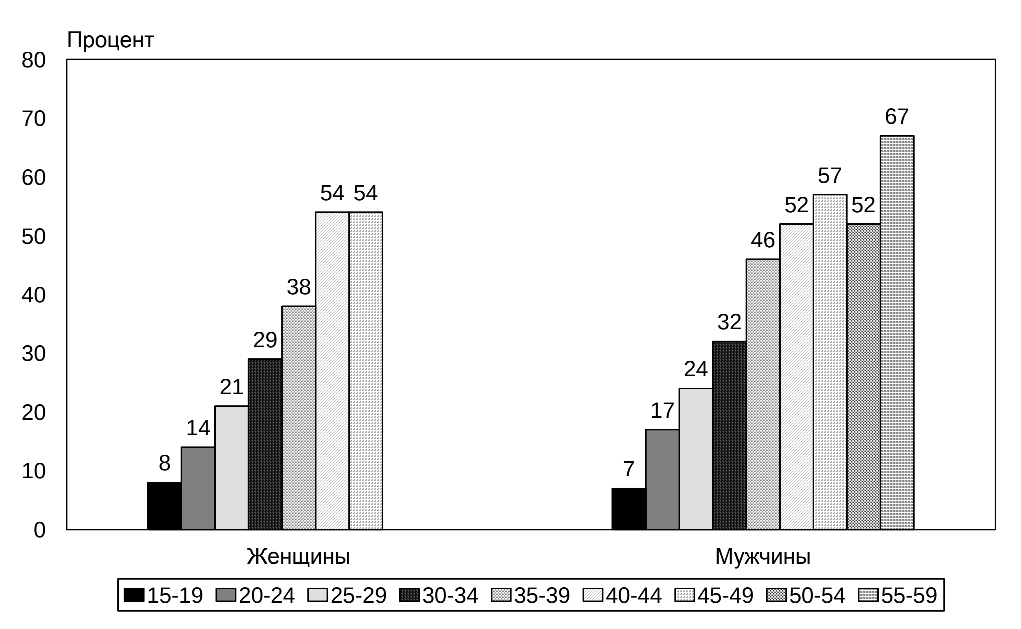
Среди женщин 15-49 лет, средний рост, процент женщин ниже 145 сантиметров, средний индекс массы тела (ИМТ), и процент с определенным уровнем ИМТ, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

				Индекс Массы Тела[1]									
	Рост				Норма	Низкий вес/истощение				Избыточный вес/ожирение			
Социально-биологические факторы	Средний рост в см	Процент ниже 145 см	Кол-во женщин	Средний ИМТ	18.5-24.9	<18.5	17.0-18.4	16.0-16.9	<16.0	≥25.0	25.0-29.9	≥30	Кол-во женщин
Возраст													
15-19	158.5	0.7	1,087	21.2	79.6	12.8	9.9	2.2	0.7	7.6	7.3	0.3	1,056
20-24	159.5	0.2	1,041	22.1	77.8	7.6	6.4	1.1	0.1	14.6	12.9	1.7	834
25-29	159.7	0.5	803	23.0	74.0	4.7	4.2	0.2	0.4	21.3	17.8	3.5	680
30-34	160.1	0.3	717	23.8	66.6	3.6	2.8	0.4	0.5	29.8	24.0	5.8	666
35-39	160.2	0.6	681	24.5	58.9	2.6	2.0	0.3	0.4	38.5	29.5	9.0	659
40-44	159.9	0.9	618	26.1	44.4	1.8	1.5	0.3	0.0	53.8	36.2	17.6	614
45-49	159.4	0.9	460	26.8	43.9	1.7	1.4	0.3	0.0	54.5	31.3	23.1	458
Место жительства													
Город	160.3	0.2	2,134	23.6	63.7	6.7	5.2	1.0	0.6	29.5	21.6	7.9	1,988
Село	159.1	0.8	3,272	23.4	68.2	5.3	4.4	0.7	0.2	26.6	20.0	6.6	2,980
Регион													
Западный	158.6	0.9	705	23.5	65.2	7.2	5.2	1.4	0.6	27.5	17.6	9.9	645
Центральный	157.5	1.0	1,317	23.7	67.1	3.8	3.1	0.4	0.2	29.1	20.9	8.2	1,213
Восточно-Центральный	159.8	0.3	1,362	23.9	67.4	3.5	2.5	0.8	0.2	29.1	20.8	8.2	1,228
Восточный	160.9	0.3	1,533	22.8	67.5	9.0	7.6	1.1	0.3	23.5	20.3	3.2	1,419
Город Ташкент	161.4	0.3	488	24.3	59.9	6.0	4.8	0.6	0.6	34.1	24.6	9.5	461
Регионы расширенной выборки													
Каракалпакстан	159.1	0.8	390	23.0	68.7	9.0	6.3	1.9	0.8	22.3	15.9	6.4	357
Ферганская Область	161.3	0.3	633	22.9	65.5	8.8	7.1	1.2	0.6	25.7	21.0	4.7	583
Образование													
Начальное/ неполное среднее	157.8	2.2	582	23.0	68.3	8.9	5.6	2.4	0.8	22.8	14.7	8.2	537
Среднее	159.4	0.4	3,163	23.4	67.7	5.7	4.8	0.7	0.2	26.5	20.5	6.1	2,883
Среднее специальное	160.1	0.3	1,098	23.6	64.1	6.1	5.1	0.6	0.4	29.7	21.6	8.2	1,011
Высшее	161.2	0.0	563	24.4	61.5	3.0	2.5	0.3	0.1	35.5	25.9	9.7	536
Всего	159.5	0.5	5,406	23.5	66.4	5.9	4.7	0.8	0.3	27.8	20.6	7.1	4,967

[1] Индекс Массы Тела (ИМТ) рассчитывается путем деления веса тела в килограммах на квадрат роста в метрах ($кг/м^2$) ИМТ не определяется для беременных женщин и женщин, родивших за период менее 3х месяцев, предшествовавших исследованию.

Согласно ИЗНУ, примерно три из десяти женщин имеют либо излишек веса, либо ожирение (28 процентов). Как показано на Рисунке 10.1, имеются значительные положительные взаимоотношения между возрастом и уровнями ИМТ. Тогда, как 8 процентов женщин в возрасте 15-19 лет имеют либо лишний вес, либо ожирение, показатель для женщин в возрасте 45-49 лет, в 6 раз больше и соответствует 54 процентам. Как показано на Рисунке 10.2, статус избыточное питания также увеличивается с уровнем образования. Женщины, проживающие в городе Ташкенте, имеют самый высокий совмещенный показатель избытка веса/ожирения (34 процента), тогда как самый низкий (24 процентов) имеют женщины из Восточного региона.

Рисунок 10.1 Процент женщин и мужчин с избыточным весом или ожирением по возрасту



ИЗНУ 2002

Статус питания мужчин просчитан только для ИМТ (Таблица 10.1.2). Показатели ИМТ указывают, что 4 процента мужчин имеют энергетическую недостаточность, 64 процента находятся в пределах нормы, 27 процентов имеют избыточный вес, и 5 процентов имеют ожирение. Наиболее высокие показатели недостаточности питания среди мужчин (худые) приходятся на молодой возраст 15-19 лет жизни (14 процентов) и мужчин с образованием ниже среднего (9 процентов), по сравнению с другими соответствующими группами мужчин.

Тридцать два процента мужчин имеют избыточное питание. Как и в случае с женщинами, излишек веса и ожирение среди мужчин позитивно ассоциирует как с возрастом, так и с уровнем образования. Как показано на Рисунке 10.1, процент мужчин с избыточным статусом, увеличивается с низких 7 процентов в самой молодой возрастной группе 15-19 - летних, до 67 процентов в самой взрослой возрастной группе 55-59 - летних. Избыточное питание увеличивается с уровнем образования, и почти половина (48 процентов) мужчин с высшим образованием имеет либо излишек веса или ожирение (Таблица 10.1.2).

Таблица 10.1.2 Статус питания в зависимости от социально-биологических факторов: мужчины

Среди мужчин 15-59 лет, средний индекс массы тела (ИМТ), и процент с определенным уровнем ИМТ, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Средний ИМТ	Индекс массы тела[1] Норма 18.5-24.9	Низкий вес/истощение <18.5	17.0-18.4	16.0-16.9	<16.0	Избыточный вест/ожирение ≥25.0	25.0-29.9	≥30	Кол-во мужчин
Возраст										
15-19	21.1	78.9	14.0	10.0	2.8	1.2	7.1	6.5	0.6	343
20-24	22.8	81.0	2.0	1.8	0.2	0.0	16.8	15.9	0.9	331
25-29	23.4	72.3	3.5	3.3	0.2	0.0	24.2	22.0	2.2	346
30-34	24.0	66.8	0.7	0.4	0.2	0.2	32.5	29.4	3.1	254
35-39	24.9	52.6	1.5	1.5	0.0	0.0	45.8	37.8	8.1	221
40-44	25.4	47.2	1.3	0.8	0.0	0.6	51.5	42.8	8.7	214
45-49	26.2	41.9	0.7	0.4	0.3	0.0	57.4	44.4	13.0	170
50-54	25.6	47.8	0.4	0.4	0.0	0.0	51.8	34.7	17.1	125
55-59	26.7	31.3	1.3	0.0	1.3	0.0	67.4	48.5	18.8	53
Место жительства										
Город	24.0	61.2	5.1	3.9	0.8	0.3	33.7	27.4	6.3	973
Село	23.7	67.2	2.6	1.9	0.5	0.2	30.3	25.7	4.6	1,086
Регион										
Западный	23.2	68.9	5.1	4.0	0.7	0.3	26.0	18.8	7.2	242
Центральный	23.9	62.6	2.1	1.7	0.4	0.0	35.3	29.3	6.0	399
Восточно-Центральный	24.2	58.2	4.3	3.0	1.0	0.3	37.5	30.6	6.9	463
Восточный	23.5	72.8	2.8	2.1	0.2	0.5	24.4	22.1	2.3	519
Город Ташкент	24.1	59.7	5.2	3.9	0.9	0.3	34.9	29.2	5.7	435
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	22.9	69.6	6.0	5.2	0.3	0.5	24.4	18.8	5.6	142
Ферганская Область	24.4	56.6	3.0	2.2	0.4	0.4	40.5	37.0	3.4	203
Образование										
Начальное/ неполное среднее	22.5	70.5	8.6	5.8	2.4	0.4	20.9	18.1	2.7	175
Среднее	23.6	67.8	4.0	3.2	0.4	0.3	28.2	23.9	4.3	1,112
Среднее специальное	24.0	64.2	3.4	2.4	0.9	0.1	32.2	25.5	6.7	410
Высшее	25.0	50.8	1.1	0.7	0.0	0.3	48.2	39.8	8.3	361
Всего	23.8	64.3	3.8	2.9	0.6	0.3	31.9	26.5	5.4	2,058

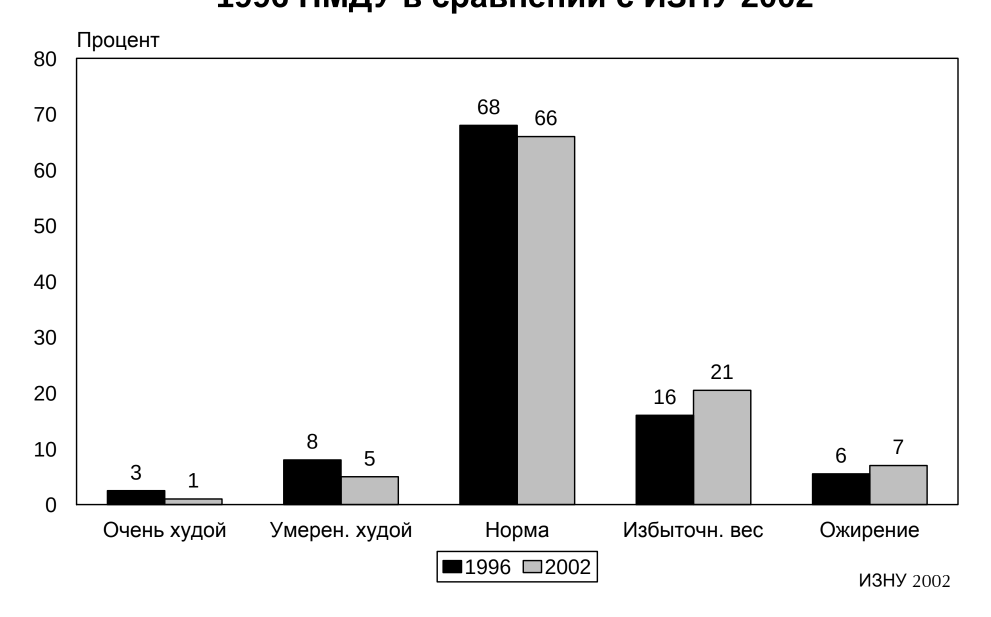
[1] Индекс Массы Тела (ИМТ) рассчитывается путем деления веса тела в килограммах на квадрат роста в метрах (кг/м^2)

10.1.3 Изменения в статусе питания взрослых с 1996 по 2002

В Программе Медико-Демографического Исследовании Узбекистана (ПМДУ)1996 года, для респондентов женщин производилось вычисление Индекса Массы Тела. Рисунок 10.2 представляет распределение ИМТ среди женщин по данным 1996 и 2002 годов исследований. Данные беременных женщин и женщин, менее 3 месяцев после родов, были исключены из вычисления ИМТ.

Между 1996 и 2002, в показателях женского ИМТ видим нарастающий сдвиг: меньше женщин худых и больше с излишком веса или ожирением, что соответствует тенденциям, наблюдаемым в наиболее развитых странах по всему миру.

Рисунок 10.2 Процентное распределение женщин по статусу питания: 1996 ПМДУ в сравнении с ИЗНУ 2002



Данные по антропометрическим показателям для Узбекистана предполагают, что как женщины, так и мужчины,скорее всего, становятся менее подвижными по мере достижения среднего возраста, и могут, в добавок, выбирать менее здоровую в питательном отношении диету. Поскольку имеются значительные сведения о связи лишнего веса/ожирения с заболеваемостью взрослых хроническими болезнями, то особенно важно подчеркнуть значение обращения внимания на эту проблему здоровья в рамках всей страны посредством образовательных программ, пропагандирующих выбор зорового питания и физических упражнений.

10.2 ДИЕТА ВЗРОСЛЫХ

10.2.1 Частота потребления продуктов питания

Простой перечень вопросов по частоте потребления продуктов питания был включен в анкету для взрослых с целью сбора информации о питании взрослых в Узбекистане. Респондентов просили оценить количество дней за последнюю неделю, в течение которых они употребляли определенные виды пищевых продуктов. Таким образом, охват дней соответствовал 0-7. Медиана была принята в качестве наилучшей оценки среднего количества дней потребления определенного продукта питания в различных подгруппах, как показано в Таблицах 10.2.1 и 10.2.2, для женщин и мужчин, соответственно.

Как женщины, так и мужчины сообщали, в среднем, ежедневное потребление свежих фруктов, продуктов приготовленных из круп, корнеплодов и клубней (медиана составляет 7 дней в неделю). Свежие фрукты являются основным источником витаминов А и С, тогда как крупяная пища является хорошим источником ниацина и витаминов группы В, в дополнение к калориям. Темно-желтые и оранжевые корнеплоды и клубни имеют высокое содержание витамина А. Включение этих трех пищевых групп в ежедневный рацион является положительной находкой. Женщины так же сообщали, в среднем, ежедневное потребление темно-зеленых лиственных овощей, являющихся важным источником витамина А и железа; медиана дней потребления для мужчин была некоторым образом ниже (5.1). Другие свежие овощи, источники микроэлементов, потребляются примерно 4 раза в неделю, как женщинами, так и мужчинами.

Таблица 10.2.1 Частота потребления определенных продуктов в предшествующие 7 дней: женщины

Медиана количества дней потребления определенных видов продуктов в течение 7 дней, предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Молочн. продукты	Яйца	Красное мясо	Рыба/ птица	Фасоль/ горох/ бобовые	Орехи/ семечки	Темно-зеленые лист. овощи.	Другие свежие овощи.	Свежие фрукты	Сушеные фрукты	Продукты из зерновых	Корнеплоды/ клуб-невые	Продукты из сахара	Кол-во
Возраст														
15-19	4.4	2.0	5.2	0.0	2.1	2.3	4.9	3.3	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,091
20-24	4.8	2.2	7.0	0.0	2.3	2.4	7.0	3.6	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,049
25-29	4.8	2.2	4.8	0.0	2.3	2.6	7.0	4.2	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	809
30-34	4.8	2.3	4.7	0.0	2.3	1.9	7.0	4.2	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	734
35-39	5.0	2.2	3.9	0.0	2.3	1.9	7.0	4.3	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	687
40-44	4.5	2.3	4.6	0.0	2.3	2.1	7.0	4.7	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	626
45-49	4.5	2.1	4.3	0.0	2.2	2.1	7.0	5.3	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	466
Место жительства														
Город	4.8	2.3	7.0	0.0	1.4	1.6	7.0	7.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	2,175
Село	4.5	2.1	3.9	0.0	2.8	2.7	4.7	3.3	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	3,288
Регион														
Западный	7.0	1.3	4.6	0.0	1.3	1.4	1.4	2.7	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	699
Центральный	3.6	1.4	4.0	0.0	3.2	2.1	3.4	4.7	7.0	0.0	7.0	7.0	6.0	1,311
Восточно-Центральный	5.6	1.9	5.9	0.0	2.9	3.0	7.0	3.6	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,431
Восточный	4.4	2.6	5.1	0.0	2.3	2.8	7.0	2.8	7.0	0.0	7.0	7.0	3.9	1,518
Город Ташкент	4.9	2.9	7.0	1.3	0.0	1.2	7.0	7.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	503
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	7.0	0.0	3.9	0.0	0.0	1.2	0.0	2.7	3.7	0.0	7.0	7.0	7.0	387
Ферганская Область	4.9	2.8	5.9	0.0	2.5	2.8	7.0	7.0	7.0	2.5	7.0	7.0	4.7	632
Образование														
Начальное/неполное среднее	3.9	1.9	3.9	0.0	2.2	2.2	4.3	3.6	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	578
Среднее	4.5	2.1	4.3	0.0	2.4	2.3	7.0	3.5	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	3,189
Среднее специальное	5.0	2.3	7.0	0.0	2.1	2.0	7.0	4.6	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,122
Высшее	6.8	2.8	7.0	0.0	1.8	2.1	7.0	7.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	574
Национальность														
Узбеки	4.5	2.2	4.9	0.0	2.4	2.4	7.0	3.8	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	4,669
Русские	4.7	2.7	6.4	1.4	0.0	1.3	7.0	7.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	149
Каракалпаки	7.0	0.0	3.9	0.0	0.0	1.3	0.0	2.4	3.4	0.0	7.0	7.0	7.0	134
Таджики	5.8	2.2	7.0	0.0	2.0	2.3	7.0	4.3	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	157
Казахи	7.0	1.2	7.0	0.0	1.0	1.1	2.9	4.4	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	140
Татары	4.5	2.4	4.5	0.0	1.4	1.5	7.0	7.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	75
Другие	4.4	1.9	7.0	0.0	2.0	1.5	7.0	6.6	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	138
Сведение концов с концами														
Большие трудности	3.4	1.6	2.9	0.0	2.0	1.5	3.6	3.7	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,541
Некоторые трудности	4.9	2.2	5.4	0.0	2.3	2.3	7.0	4.1	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,889
Небольшие трудности	6.0	2.4	7.0	0.0	2.5	2.6	7.0	3.8	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,636
Легко	7.0	2.6	7.0	0.0	2.7	3.2	7.0	7.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	383
Всего	4.7	2.2	5.0	0.0	2.3	2.2	7.0	4.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	5,463

Два вида пищевых продуктов потребляются менее чем один раз в неделю,в среднем (медиана составляет 0 дней в неделю). К ним относятся рыба и птица и сушеные фрукты. Рыба и птица, подобно красному мясу, являются хорошим источником животного белка, цинка и железа, и имеют преимущество в связи с тем, что в общем имеют более низкое содержание насыщенных жиров по сравнению с красным мясом. Многие виды рыбы, так же, богаты содержанием омега-3 жирных кислот, которые, по-видимому, связаны со сниженным риском сердечных заболеваний.

Таким образом, негативным фактом является находка того, что рыба и птица потребляются намного реже в Узбекистане, чем красное мясо, с медианой в 5 дней в неделю для обоих полов.

Таблица 10.2.2 Частота потребления определенных продуктов в предшествующие 7 дней: мужчины

Медиана количества дней потребления определенные видов продуктов в течение 7 дней, предшествовавших опросу, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Мол очн. прод укты	Яйца	Красное мясо	Рыба/ птица	Фасоль/ бобовые/ горох	Орехи/ семечки	Темно-зеленые лист. овощи.	Другие свежие овощи.	Соленые/ маринованные овощи	Свежие фрукты	Сушеные фрукты	Продукты из зерна	Корне-плоды/ клуб-невые	Продукты из сахара	Кол-во
Возраст															
15-19	3.7	1.8	4.9	0.0	2.6	1.9	4.3	3.4	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	380
20-24	3.7	1.8	6.6	0.0	2.9	2.3	4.3	3.3	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	380
25-29	3.6	1.8	5.0	0.0	2.6	2.3	5.0	3.4	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	6.9	399
30-34	3.6	2.0	4.9	0.0	2.4	2.1	7.0	3.4	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	293
35-39	3.9	2.0	4.0	0.0	2.8	1.8	4.8	3.5	0.0	4.9	0.0	7.0	7.0	7.0	256
40-44	3.5	2.2	5.3	0.0	2.7	2.0	5.2	4.0	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	227
45-49	3.7	2.0	5.0	0.0	3.2	2.2	7.0	3.4	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	196
50-54	3.7	1.6	5.5	0.0	2.6	1.8	6.9	3.9	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	140
55-59	3.9	1.5	7.0	0.0	3.0	1.6	7.0	3.7	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	54
Место жительства															
Город	3.4	1.9	7.0	0.0	2.3	1.7	7.0	3.7	0.0	6.5	0.0	7.0	7.0	7.0	916
Село	3.8	1.9	4.1	0.0	3.0	2.3	4.4	3.4	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,417
Регион															
Западный	4.0	0.0	3.7	0.0	1.3	0.0	2.2	4.2	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	314
Центральный	4.3	1.6	4.9	0.0	4.5	1.1	4.5	7.0	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	510
Восточно-Центральный	4.0	2.0	7.0	0.0	2.9	2.6	4.7	2.8	0.0	5.6	0.0	7.0	7.0	7.0	646
Восточный	3.4	2.1	3.9	0.0	2.7	2.6	7.0	3.1	0.0	5.3	1.8	7.0	7.0	3.7	665
Город Ташкент	2.7	2.8	7.0	1.4	1.2	1.4	7.0	3.7	1.5	4.9	0.0	7.0	7.0	7.0	198
Регионы расширенной выборки															
Каракалпакстан	7.0	0.0	3.5	0.0	2.3	0.0	1.6	4.9	0.0	4.8	0.0	7.0	7.0	7.0	185
Ферганская Область	3.3	1.8	3.4	0.0	2.6	2.2	6.0	3.4	0.0	3.1	2.2	7.0	6.2	4.1	259
Образование															
Начальное/ неполное среднее	3.2	1.2	3.8	0.0	2.8	1.3	4.1	2.9	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	188
Среднее	3.5	1.8	4.3	0.0	2.7	2.0	4.7	3.3	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	1,311
Среднее специальное	3.7	1.8	5.4	0.0	2.5	2.2	5.0	3.5	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	470
Высшее	4.6	2.6	7.0	1.1	3.0	2.4	7.0	4.6	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	364
Национальность															
Узбеки	3.6	2.0	5.0	0.0	2.8	2.2	5.2	3.4	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	2,011
Русские	3.4	2.1	7.0	1.8	1.6	0.0	6.7	4.6	0.0	4.7	0.0	7.0	7.0	7.0	48
Каракалпаки	7.0	0.0	3.0	0.0	1.5	0.0	0.0	4.9	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	67
Таджики	(3.9)	(2.4)	(5.7)	(0.0)	(2.7)	(2.5)	(7.0)	(2.9)	(0.0)	(7.0)	(0.0)	(7.0)	(7.0)	(5.5)	60
Казахи	7.0	0.0	4.6	0.0	2.1	0.0	3.0	4.9	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	65
Татары	(3.4)	(2.0)	(5.6)	(0.0)	(1.8)	(0.0)	(7.0)	(7.0)	(0.0)	(7.0)	(0.0)	(7.0)	(7.0)	(7.0)	48
Другие	2.8	2.5	7.0	1.0	3.0	1.9	7.0	3.7	2.4	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	33
Сведение концов с концами															
Большие трудности	2.9	1.0	3.5	0.0	2.5	1.2	3.3	3.1	0.0	5.9	0.0	7.0	7.0	4.7	607
Некоторые трудности	3.8	2.1	5.4	0.0	2.7	2.1	5.0	3.3	0.0	6.6	0.0	7.0	7.0	7.0	845
Небольшие трудности	4.0	2.2	5.8	0.0	2.8	2.5	7.0	3.6	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	698
Легко	4.5	2.5	7.0	1.0	3.1	2.6	7.0	5.7	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	183
Всего	3.7	1.9	5.0	0.0	2.7	2.1	5.1	3.5	0.0	7.0	0.0	7.0	7.0	7.0	2,330

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Молочные продукты и яйца являются другими хорошими источниками животного белка, цинка и железа. Однако, молочные продукты с высоким содержанием жира и яйца, так же являются источниками пищевого холестерина и должны употреблятся в умеренных количествах. Содержание жира в молочных продуктах не было установлено в данном вопроснике по частоте потребления пищи. Медиана дней потребления в течение недели для любых молочных продуктов была 4.7 для женщин и 3.7 для мужчин, тогда как яйца употреблялись с медианой в 2.2 и 1.9 дней в неделю для женщин и мужчин, соответственно.

Фасоль, горох и другие бобовые, и орехи и семечки, являются источниками растительного белка и микронутриентов. Хотя они в общем дешевле, чем источники животного белка, обе эти пищевые группы употреблялись данным населением только примерно дважды в неделю.

Пища приготовленная из сахара, которая часто содержит жиры, не является питательной и ее ежедневное потребление является негативной находкой. Сушеные фрукты (медиана в 0 дней в неделю) являются более здоровыми заменами для пищи с высокими добавками сахара (медиана в 7 дней в неделю). Однако, возможно, что сушеные фрукты не потребляются часто данным населением, в силу регулярного потребления свежих фруктов (медиана 7 дней в неделю).

Таблицы 10.2.1 и 10.2.2 так же показывают частоту потребления пищи в зависимости от индекса экономической стабильности домохозяйства.[1] Рисунок 10.4.1 (женщины) и 10.4.2 (мужчины) отражает медиану числа дней в неделю, в которые специфичная пища потреблялась лицами, живущими в домовладениях низших и высших категорий. Как видно из этих рисунков, взрослые из домовладений, считающихся более богатыми, более часто употребляют пищу богатую белком, минералами и витаминами, чем взрослые из бедных домохозяйств.

10.2.2 Употребление жареной пищи и добавление соли и жира

Жареная пища имеет более высокое содержание жиров и калорий, чем те же пищевые продукты приготовленные другими способами. Респондентов спрашивали о количестве дней на прошлой неделе, когда они употребляли жареную пищу. Медиана, опять таки, была избрана в качестве лучшего представления среднего числа дней в неделю, когда жареная пища употреблялась подгруппами населения, разделенными в зависимости от ряда социально-биологических факторов. Как видно из таблицы 10.3, женщины сообщали употребление жареных продуктов более часто, чем мужчины вцелом (медиана 6 против 4 дней в неделю). В частности, женщины из Восточного региона и города Ташкента, в среднем, сообщали ежедневное потребление жареных продуктов (медиана 7 дней в неделю), так же, как и женщины узбекской национальности.

Женщин и мужчин, так же, спрашивали, добавляют ли они соль или жиры (включая растительные масла, сливочное масло и сливки/сметану) в готовую пищу, салаты или хлеб до их употребления, и если да, то как часто. Как показано в Таблице 10.3, в целом, женщины и мужчины, с одинаковой вероятностью добавляют соль (13 процентов). Однако, имеются значительные различия в использовании соли по полу по всем регионам и национальным группам (Рисунок 10.5). Мужчины из города Ташкента в 10 раз вероятнее, чем женщины, сообщали о досаливании готовой пищи, тогда как женщины из Центрального региона в два раза вероятнее использовали соль, чем мужчины.. Подобным же образом, русские мужчины более чем в пять раз досаливали готовую пищу, чем русские женщины. Половина женщин (52 процента) и немногим больше мужчин (62 процента), когда- либо досаливавших пищу сказали, что они делают это только от случая к случаю.

---

[1] Респондентов в домохозяйствах просили оценить способность домохозяйства “сводить концы с концами” по 6 бальной шкале, с вариациями оценок от “с большим трудом” до “ очень легко”. В Таблицах 10.2.1 и 10.2.2, ответы ”достаточно легко”, “легко” и “очень легко” скомбинированы в одну категорию “легко”.

Женщины в три раза вероятнее, чем мужчины добавляли жир в приготовленную пищу, хлеб или салаты до их употребления (18 против 6 процентов). Женщины из каждого региона, за исключением города Ташкента, гораздо вероятнее добавляли жир, чем мужчины. Подобное верно почти для всех национальных групп (Рисунок 10.6). Пятьдесят-восемь процентов женщин и три-четверти мужчин (75 процентов), когда либо добавлявших жир, сказали, что они делают это только от случая к случаю.

Региональные и этнические различия в характере привычек питания не являются неожиданными. Однако, интересной находкой обсуждаемых данных является то, что внутри некоторых регионов и этнических групп, мужчины и женщины проявляют значительные различия. Просвещение в области питания об отрицательном влиянии на здоровье рационов с высоким содержанием жиров и соли (натрия) может быть более эффективными, если оно сфокусировано на определенную аудиторию.

Таблица 10.3 Потребление жареной пищи и добавление соли и жира в готовую еду: женщины и мужчины

Медиана кочиства дней в неделю потребления жареной пищи и добавление соли и жира в готовую еду среди женщин и мужчин, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Женщины				Мужчины			
Социально-биологические факторы	Медиана числа дней потреблен. жареной пищи	Процент добавляю-щих соль в готовую еду	Процент добавляю-щих жир в готовую еду	Кол-во	Медиана числа дней потреблен. жареной пищи	Процент добавляю-щих соль в готовую еду	Процент добавляю-щих жир в готовую еду	Кол-во
Возраст								
15-19	6.4	11.1	14.1	1,091	3.5	4.6	3.0	380
20-24	6.9	10.6	16.0	1,049	3.5	11.6	7.5	388
25-29	6.7	13.8	18.5	809	4.0	11.1	4.2	399
30-34	5.6	13.9	21.0	734	3.7	16.9	8.1	293
35-39	5.2	14.1	18.7	687	3.5	18.6	5.7	256
40-44	5.7	13.2	19.2	626	3.6	18.0	8.1	227
45-49	6.1	13.3	18.5	466	3.5	13.1	5.4	196
50-54	Нп	Нп	Нп	0	3.4	21.7	6.7	140
55-59	Нп	Нп	Нп	0	4.0	21.9	8.0	54
Место жительства								
Город	7.0	12.7	19.5	2,175	3.8	18.6	8.9	916
Село	5.5	12.5	16.3	3,288	3.5	10.0	4.1	1,417
Регион								
Западный	3.9	10.0	15.7	699	3.2	9.8	2.0	314
Центральный	3.4	22.5	15.8	1,311	2.3	10.2	1.7	510
Восточно-Центральный	5.6	17.3	27.0	1,431	3.5	17.1	9.6	646
Восточный	7.0	3.9	15.8	1,518	6.3	8.0	4.5	665
Город Ташкент	7.0	3.3	3.8	503	4.1	33.5	16.3	198
Регионы расширенной выборки								
Каракалпакстан	3.8	5.5	14.4	387	3.2	6.1	1.0	185
Ферганская Область	7.0	4.6	15.7	632	4.2	7.1	6.4	259
Образование								
Начальное/ неполное среднее	5.6	15.0	17.2	578	3.7	8.0	2.1	188
Среднее	6.2	12.1	16.1	3,189	3.6	14.2	5.9	1,311
Среднее специальное	5.8	13.5	20.7	1,122	3.6	9.9	5.5	470
Высшее	6.3	11.2	20.0	574	3.8	18.1	8.7	364
Национальность								
Узбеки	6.6	13.0	17.0	4,669	3.6	13.0	5.6	2,011
Русские	4.6	7.1	18.7	149	3.3	40.3	23.0	48
Каракалпаки	3.7	1.4	12.6	134	3.4	7.2	1.9	67
Таджики	5.5	13.8	26.5	157	(4.3)	(12.3)	(4.7)	60
Казахи	4.4	5.9	13.7	140	3.3	6.7	3.2	65
Татары	(4.6)	11.4	15.8	75	(3.3)	(25.1)	(14.0)	48
Другие	4.6	20.8	36.2	138	4.1	12.1	6.9	33
Всего	6.0	12.6	17.6	5,463	3.6	13.4	5.9	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Нп = Не применимо

10.2.3 Доступность пищи

В 2002 ИЗНУ, респондентов спрашивали, в течение последних 6 месяцев случилось ли так, чтобы они в течение одного дня или более оставались без еды и, если да, то по какой причине.

В целом, 6 процентов как женщин так и мужчин ответили положительно на этот вопрос о голодании. Таблица 10.4 показывает результаты в зависимости от отдельных социально биологических факторов. Среди женщин имеются существенные вариации по регионам, от 1 процента в городе Ташкенте до 10 процентов в Западном регионе, и по этническим группам, с низкого уровня в 2 процента среди русских женщин и до самых высоких цифр в 13 процентов среди женщин, классифицированных как "другие" национальности. Показатели для мужчин были более последовательными

Таблица 10.4 Дни без приема пищи, последние 6 месяцев: женщины и мужчины

Процент женщин и мужчин, которые не принимали пищу один или два дня за последние шесть месяцев, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Не принимали пищу один-два дня за последние 6 месяцев			
	Женщины		Мужчины	
Социально-биологические факторы	Процент	Количество	Процент	Количество
Возраст				
15-19	4.1	1,091	3.1	380
20-24	6.6	1,049	4.7	388
25-29	7.0	809	8.2	399
30-34	7.1	734	4.1	293
35-39	7.4	687	5.6	256
40-44	7.5	626	13.6	227
45-49	6.9	466	6.1	196
50-54	Нп	0	6.5	140
55-59	Нп	0	4.4	54
Место жительства				
Город	5.9	2,175	5.9	916
Село	6.8	3,288	6.3	1,417
Регион				
Западный	10.1	699	7.2	314
Центральный	7.7	1,311	6.2	510
Восточно-Центральный	6.7	1,431	6.0	646
Восточный	5.2	1,518	5.2	665
Город Ташкент	1.0	503	8.3	198
Регионы расширенной выборки				
Каракалпакстан	11.7	387	5.3	185
Ферганская Область	9.1	632	4.0	259
Образование				
Начальное/ неполное среднее	7.8	578	3.7	188
Среднее	6.3	3,189	7.5	1,311
Среднее специальное	7.5	1,122	5.0	470
Высшее	3.8	574	4.0	364
Национальность				
Узбеки	6.3	4,669	6.3	2,011
Русские	1.9	149	6.2	48
Каракалпаки	8.2	134	5.0	67
Таджики	8.2	157	(9.3)	60
Казахи	8.3	140	6.4	65
Татары	3.0	75	(3.6)	48
Другие	12.9	138	0.0	33
Сведение концов с концами				
Большие трудности	10.0	1,541	10.1	607
Некоторые трудности	5.0	1,889	5.1	845
Небольшие трудности	4.7	1,636	5.3	698
Легко	6.6	383	1.2	183
Всего	6.4	5,463	6.2	2,333

Нп = Не применимо.

В Таблицу также включен индекс, использованный для классификации домохозяйств по уровню их экономической стабильности. Респонденты из домохозяйств сообщивших о способности “сводить концы с концами” с большим трудом, вероятнее всего (10 процентов) сообщали о том, что они голодали по крайне мере один день.

Женщины и мужчины, голодавшие в течение последних 6 месяцев, некоторым образом, различались по причинам, которыми они обосновывали голодание (Рисунок 10.7). Женщины почти в 3 раза вероятнее, чем мужчины приводили причину голодания “по медицинским проблемам”, а мужчины более вероятно называли причины, которые не имели заранее определенного кода (группировались как “разные”).

10.3 СТАТУС ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Данные по весу и росту детей, собранные в 2002 ИЗНУ позволили произвести оценку статуса питания и идентификацию под-групп детей, находящихся в группе повышенного риска по задержке роста и заболеваемости.

Плохое питание приводит в увеличенному риску заболеваемости и смерти (Pelletier et al., 1993) а так же может в результате вести к задержке умственного развития, что ведет к достижению низкого образовательного уровня (Brozek and Schurch, 1984). Плохое питание, так же, проявляется через поколение: дети, рожденные от женщин, самих имевших недостаточное питание в раннем детстве, являются меньшими по размерам, чем дети, рожденные от женщин случшего статуса питания. (Villar and Rivera, 1988). Дети с низким весом при рождении (менее 2.5 кг), имеют больший риск заболеваемости и смерти, по сравнению с детьми нормального веса при рождении (IOM, 1985).

Недостаточность питания является прямым результатом как недостаточного потребления пищи, так и эпизодов инфекционных заболеваний. Недостаточное потребление пищи бывает в результате либо недостатка пищи на уровне домохозяйства, и/или неправильной практики кормления. Эпизоды инфекционных заболеваний, особенно сопровождающихся диареей, острые респираторные заболевания, малярия и корь, встречаются более часто там, где существует недостаточный медицинский уход, загрязненная питьевая вода, антисанитарные условия или другие плохие условия окружающей среды. Как отмечено в работе Scrimshaw и др. (1968), одновременное присутствие недостаточного питания и инфекций, в результате взаимодействия производит эффект намного серьезнее, чем любая из этих причин по отдельности.

10.3.1 Измерения статуса питания детей

Оценка статуса питания, основана на той концепции, что распределение веса и роста детей на определенный возраст, будет соответствовать нормальному распределению характерному для населения с полноценным питанием. Такое предположение означает, что 68 процентов детей будут иметь рост и вес в пределах одного стандартного отклонения от медианы для их возраста. От оставшегося, 2 процента будут иметь рост или вес менее двух стандартных отклонений от их возрастной медианы. Так как все население имеет одинаковый генетический потенциал для роста (Habicht et al., 1974), ВОЗ рекомендовал использовать стандарты Национального центра по медицинской статистике США (NCHS) в качестве эталона для оценки статуса питания.

Представлены три стандартных индекса физического роста, характеризующие статус питания детей:

- Рост-Возраст
- Вес-Рост
- Вес-Возраст.

Каждый из данных индикаторов представляет различную информацию о росте и составе тела, что может быть использовано для оценке статуса питания.

Антропометрический индекс Рост-к-возрасту является мерой линейного роста. Ребенок, имеющий росто-возрастной индекс менее двух стандартных отклонений (-2 СО) от медины эталонной популяции NCHS по росту-к-возрасту, оценивается как имеющий задержку роста, или *низкорослый*, что отражает у него/ее наличие хронической недостаточности питания. При значении данного индикатора менее трех стандартных отклонений (-3 СО), такое состояние расценивается как выраженная задержка роста.

Весо-ростовой индикатор позволяет оценить состоянии питания ребенка в настоящем. Дети, имеющие значения показателя ниже двух стандартных отклонений (-2 СО) от эталонной медианы, расцениваются как имеющие пониженный вес к его/ее росту и умеренную степень *истощения*, состояние отражающее острую или недавнюю недостаточность питания. Если у ребенка выявлено отклонение от медианы эталонного значения ниже минус 3 стандартных отклонений (-3 СО), то его состояние оценивается как истощение выраженной степени.

Весо-ростовой показатель не позволяет произведение дифференциации между хронической (низкорослость) и острой (истощение) недостаточностью питания. Ребенок может иметь пониженный вес для своего возраста в силу задержки роста, или истощения, или в силу обеих причин.

Вес- к- возрасту рассматривается в качестве хорошего общего индикатора для нутриционального здоровья населения. Дети, имеющие значения показателей ниже двух стандартных отклонений (-2 СО), но равных или выше -3 СО, расцениваются имеющими умеренную степень недостаточности питания, тогда как дети имеющие показатели ниже -3 СО, расцениваются имеющими выраженную степень недостаточности питания. Хотя ребенок может быть одновременно и истощенным и низкорослым, тем не менее, эти два показателя часто отражают различную этиологию и последствия и имеют, таким образом, различные функции применения для программных действий.

В 2002 ИЗНУ все дети рожденные с Января 1997, кто спал в отобранном домовладении в предыдущую ночь, подлежали для измерения роста и веса. Полные и имеющие смысл данные антропометрических измерений были собраны у 2536 детей в возрасте 0-59 месяцев или у 91 процента всех подлежащих измерению детей в этом возрастном отрезке.

10.3.2 Статус питания детей в соответствии с ИЗНУ 2002

Таблица 10.5 отражает процент детей до пятилетнего возраста классифицированных по наличию либо выраженной степени недостаточности питания (≤3 СО) или умеренной/выраженной степени недостаточности питания (≤2 СО), в соответствии с показателями их роста-к возрасту, веса-к-росту и веса –к- возрасту, в зависимости от некоторых демографических показателей.В целом, 21 процент детей имеют умеренную или выраженную степень низкорослости, 7 процентов имеют умеренную или выраженную степень истощения, и 8 процентов имеют умеренную или выраженную степень недостаточности питания. На основаниии эталонного населения NCHS, ожидается что только 2.3 процента здоровых, хорошо питающихся детей, попадут в категорию

ниже −2 СО по каждому из данных трех индексов. Таким образом, ясно, что в Узбекистане, дети до пяти лет жизни страдают от недостаточности питания, особенно в отношении линейного роста (выраженная низкорослость).

Рисунок 10.3 показывает изменения процента детей до пяти лет жизни попадающие ниже −2 СО по трем индексам питания.[2] Среди данного населения, умеренная до выраженной степени низкорослость, растет стремительно в течение первого года жизни достигая пика в возрасте 10-11 месяцев, оставаясь высокой до 42-43 месяцев (20-33 процента), за исключением короткого падения в 26-27 месяцев. Глобальная оценка распространенности указывает на подъем низкорослости на втором и третьем году после продолжительных периодов неадекватного питания и увеличенной заболеваемости (WHO, 1986). Таким образом, если только данное население не является особенно высоко подверженным контактам с агентами вызывающими инфекционные заболевания, обсуждаемые данные предполагают, что в течение этого периода стремительного роста, многие дети в Узбекистане не получают достаточного потребления грудного молока и/или питательных продуктов прикорма.

Умеренная и выраженная степень истощения поднимается постепенно на 2 году жизни, достигая первого пика в 24-25 месяцев (12 процентов), с последующим быстрым снижением до менее 1 процента между 30 и 31 месяцами. Это соответствует глобальным оценкам рапространенности, который указывает на пик истощения на втором году жизни, когда обычно происходит отнятие от груди (WHO, 1986). Однако, у этих детей Узбекистана имеется следующий подъем до более высоких уровней истощения на 4 и 5 годах жизни.

Доля детей с умеренной/выраженной степенью недостаточности веса к возрасту, следует такому же характеру, что наблюдается по истощению. Первый пик наблюдается на 2 году жизни в возрасте 20-21 месяцев (17 процентов) и падает до 5 процентов в возрасте 30-31 месяцев, с последующими колебаниями между 3 и 16 процентов.

[2] Оценка распространенности по месяцу жизни, была сглажена группированием со средним интервалом в 5 месяцев.

Таблица 10.5 Статус питания детей

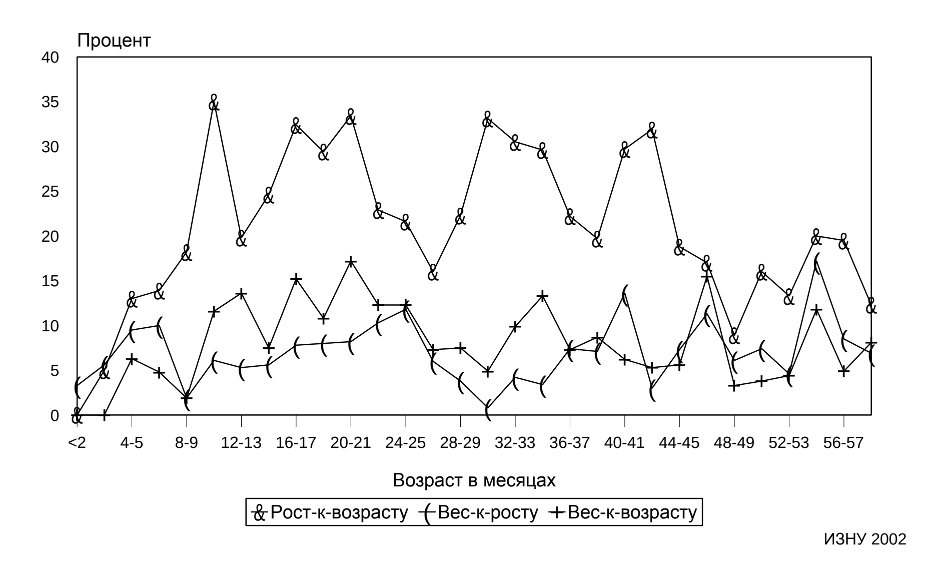
Процент детей в возрасте до 5 лет, с недостаточностью питания, в соответствии с тремя антропометрическими индексами статуса питания: рост-к-возрасту, вес-к-росту и вес-к-возрасту, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Рост-к-возрасту (низкорослые)			Вес-к-росту (истощение)			Вес-к-возрасту (низкий вес)			
Социально-биологические факторы	Процент ниже -3 СО	Процент ниже -2 СО[1]	Среднее Z-балла (СО)	Процент ниже -3 СО	Процент ниже -2 СО[1]	Mean Z- балла (СО)	Процент ниже -3 СО	Процент ниже -2 СО[1]	Mean Z- балла (СО)	Кол-во детей
Возраст ребенка в месяцах										
<6	2.2	8.0	0.2	2.6	7.1	0.3	0.3	3.0	0.4	186
6-9	4.8	16.1	-0.6	0.0	5.9	0.3	1.4	3.4	-0.2	152
10-11	11.4	35.0	-1.2	3.3	6.1	0.2	2.4	11.6	-0.8	68
12-23	9.5	27.1	-1.2	1.1	7.3	0.0	3.0	13.0	-0.7	400
24-35	10.5	25.2	-1.1	1.1	4.8	0.2	2.4	8.9	-0.5	522
36-47	8.2	23.5	-0.8	1.8	8.4	0.0	1.1	7.8	-0.6	497
48-59	5.2	15.2	-0.6	1.9	8.4	-0.2	0.7	6.1	-0.6	575
0-35	8.4	22.8	-0.9	1.3	6.1	0.2	2.2	8.8	-0.4	1,328
Пол										
Мужской	8.4	21.9	-0.9	1.4	7.2	0.0	1.8	7.8	-0.5	1,266
Женский	6.8	20.3	-0.7	1.7	7.1	0.0	1.3	8.1	-0.5	1,134
Очередность родов										
1	6.7	20.1	-0.8	1.3	5.2	0.1	1.1	9.0	-0.5	660
2-3	8.1	22.5	-0.9	1.6	7.4	0.1	2.2	9.0	-0.5	1,041
4+	7.8	21.0	-0.8	1.6	6.0	0.1	1.7	8.1	-0.5	360
Межродовой интервал в месяцах										
Первые роды	6.9	20.3	-0.8	1.3	5.2	0.1	1.1	9.0	-0.5	662
<24	9.1	23.3	-1.0	1.6	5.5	0.0	2.5	11.5	-0.6	332
24-35	6.5	22.4	-0.8	0.9	9.3	0.0	1.2	6.4	-0.5	391
35-47	9.0	20.7	-1.0	2.2	7.7	0.1	2.5	11.8	-0.5	256
48-59	6.2	20.3	-0.8	1.0	6.0	0.3	2.1	6.8	-0.3	141
60+	8.1	20.4	-0.6	2.1	8.7	-0.1	1.3	4.6	-0.5	618
Место жительства										
Город	5.5	16.3	-0.5	1.6	7.9	-0.1	0.9	5.8	-0.4	849
Село	8.8	23.8	-1.0	1.5	6.7	0.1	2.0	9.1	-0.6	1,551
Регион										
Западный	2.6	15.3	-0.9	1.1	3.9	0.2	1.0	5.6	-0.4	295
Центральный	7.3	19.5	-0.9	1.0	6.8	0.0	0.7	9.0	-0.6	565
Восточно-Центральный	7.7	23.2	-1.0	2.3	7.2	0.1	4.1	13.4	-0.6	530
Восточный	10.4	25.7	-1.0	1.2	5.7	0.1	1.2	5.5	-0.5	792
Город Ташкент	5.0	11.6	0.5	3.1	17.3	-0.5	0.0	3.8	-0.2	218
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	2.6	16.0	-0.9	0.4	4.6	0.2	0.9	5.5	-0.4	163
Ферганская Область	9.4	25.5	-0.9	1.6	6.7	0.0	0.9	4.6	-0.5	522
Образование матери										
Начальное/неполное среднее	8.2	19.5	-0.9	2.2	7.3	0.1	0.7	6.6	-0.5	198
Среднее	7.7	23.1	-0.9	1.4	6.7	0.1	2.2	9.9	-0.6	1,316
Среднее специальное	6.3	17.7	-0.8	1.5	5.4	0.1	1.0	7.5	-0.4	413
Высшее	7.9	19.2	-0.7	1.8	5.8	0.2	1.4	5.8	-0.3	168
Возраст матери										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	25
20-24	7.6	22.4	-0.9	1.1	5.2	0.1	1.6	8.8	-0.5	702
25-29	7.2	21.2	-0.9	1.5	7.1	0.0	1.8	8.1	-0.5	739
30-34	7.3	20.4	-0.9	2.4	7.4	0.0	1.9	10.9	-0.5	399
35-49	9.4	21.9	-0.9	1.4	6.3	0.0	2.0	7.9	-0.5	229
Статус матери										
Мать проинтервьюирована	7.6	21.5	-0.9	1.5	6.5	0.1	1.8	8.8	-0.5	2,061
Мать не проинтервьюирована, но в домовладении	(1.4)	(14.5)	-1.1	(3.6)	(3.6)	-0.2	(3.6)	(5.4)	-0.6	33
Мать не проинтервьюирована, и не в домовладении	8.3	19.4	-0.3	1.9	12.1	-0.3	0.2	2.2	-0.5	306
Всего	7.6	21.1	-0.8	1.6	7.1	0.0	1.6	7.9	-0.5	2,400

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

[1] Включает детей ниже -3 СО.

Рисунок 10.3 **Процент детей до пяти лет, с недостаточным питанием, по возрасту, в соответствии с тремя индексами питания : рост-к-возрасту (низкорослость), вес-к-росту (истощение) и вес-к-возрасту (низкий вес)**



При дальнейшем анализе отдельных подгрупп, не было найдено выраженного характера изменений, за исключением региональных отличий. Низкорослость является наиболее превалирующей в Восточно-Центральном и Восточном регионах (23 процента и 26 процентов) и самой низкой в городе Ташкенте (12 процентов). Ташкент, имеющий самый низкий показатель низкорослости, соотвественно имеет нивысший показатель истощения (18 процентов) и самый низкий показатель недостачности питания. [То есть, “более высокие” дети могут иметь достаточный вес к возрасту и поэтому кажутся “худее”]. Наиболее высокий показатель недостаточности веса (13 процентов) найден а Восточно-Центральном регионе. Восточно-Центральный регион попадает в с середину по значениям истощений в 7 процентов. Эти показатели вместе с их высокими показателями низкорослости (23 процента) предполагают, что дети с недостаточным весом в Восточно-Центральном регионе скорее всего или страдают от задержки роста (низкорослые) или являются генетически низкого роста, нежели страдают от острой недостаточность питания.

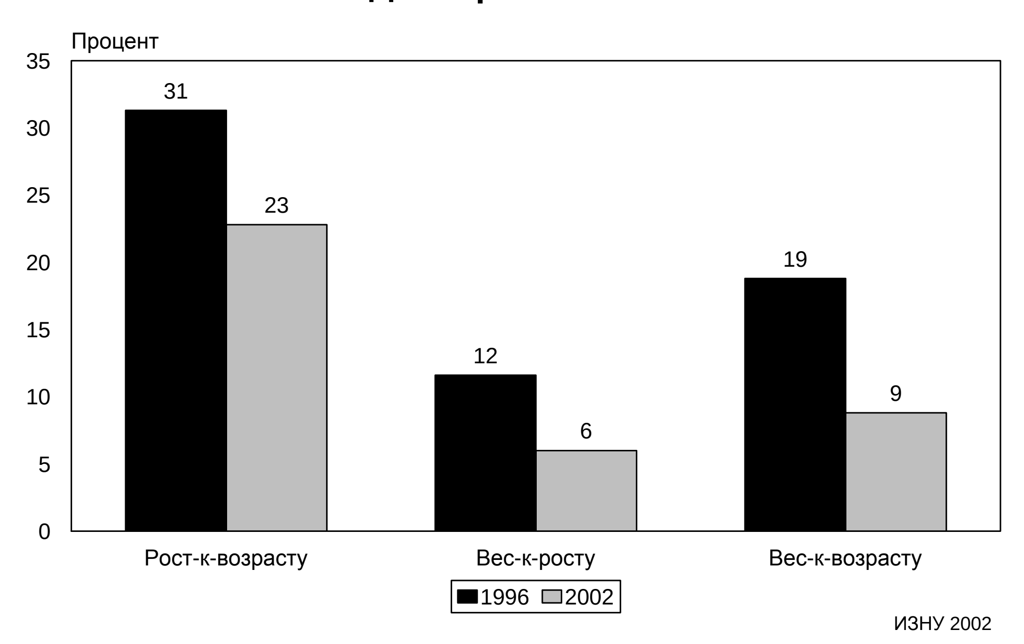
10.3.3 Изменения в статусе питания детей с 1996 по 2002

В Программе Медико-Демографического Исследования Узбекистана 1996 года, дети до трех лет жизни подлежали проведению измерений в домовладениях, отобранных для национальной репрезентативной выборки. В Исследовании Здоровья Населения Узбекистана 2002 года, дети до пяти лет жизни из всех домохозяйств выбранных для исследования подлежали измерениям. Так как оба исследования были выполнены с целью обеспечения репрезентативности на уровне всей страны, то можно произвести сравнение результатов обоих исследований по статусу питания детей до трех лет жизни.

В ПМДУ1996 года, данные по росту- к- возрасту, веса- к -росту и веса- к -возрасту имелись для 989 (взвешенное число) или для 75 процентов всех подлежащих измерению детей до трех лет жизни. В ИЗНУ 2002 года, эти три индикатора имелись для 1320 (взвешенное число) или 89 процентов детей до трех лет жизни.

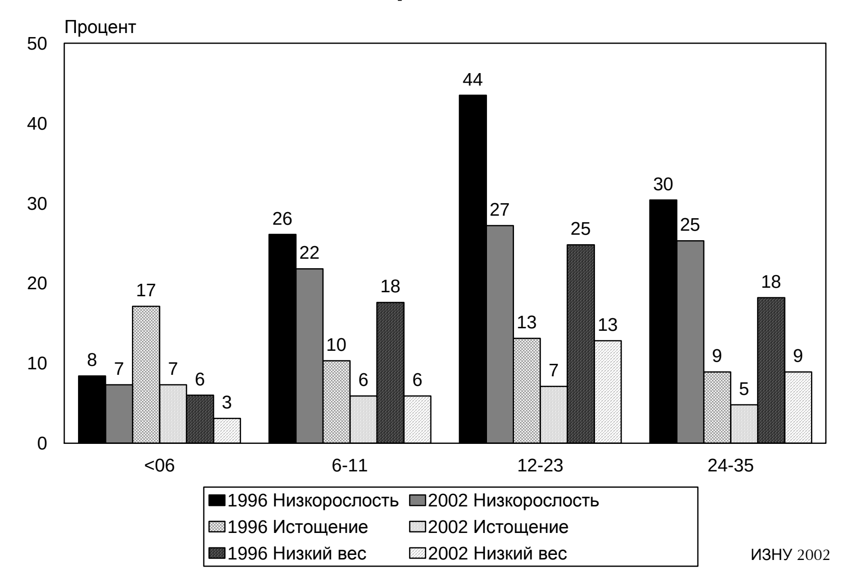
Рисунок 10.4 отражает сдвиг между 1996 и 2002 в сторону снижения процента детей, классифицированных как имеющих умеренную до выраженной недостаточность питания по росту- к- возрасту, веса- к -росту и веса- к -возрасту. В целом, доля всех детей до трех лет жизни, кто имел задержку роста, снизилась на одну треть, тогда как доли с истощением и недостаточным весом снизилась наполовину. Для каждого индекса, оценка доли детей 2002 года, падающих в категорию ниже -2 СО, находится значительно ниже нижнего критерия 95 процентов доверительного интервала для той же категории измерений 1996 года. Является удивительным, что данные улучшения произошли в течение столь короткого периода в только 6 лет.

Рисунок 10.4 Процент детей до 3 лет с недостаточным питанием, в соответствии с тремя индексами питания: 1996 ПМДУ в сравнении с ИЗНУ 2002



Далее в Рисунке 10.5 данные индексов недостаточного питания анализируются по возрасту. В отношении низкорослости (рост-к-возрасту), наибольшее снижение (16 процентных пунктов) приходятся на возрастную группу 12-23 месяцев, которая также является возрастом, когда доля детей с задержкой роста достигает пика в обоих исследованиях . Если обе оценки 1996 и 2002 годов по показателям задержки роста в данной возрастной группе более- менее верны, то данный характер изменений предполагает, что имело место улучшение в потреблении грудного молока и/или других питательных продуктов в течение позднего грудничкового периода и начала отнятия от груди.

***Рисунок 10.5* Процент детей до трех лет, с недостаточным питанием, по возрасту в месяцах, 1996 ПМДУ в сравнении с ИЗНУ 2002**



Улучшение в период с 1996 до 2002 гг для доли детей с истощением, так же соответствует для детей 6 месяцев жизни и старше, снижаясь на 4-6 процентных пунктов. Большее снижение в 10 процентных пунктов наблюдалось по распространенности истощения среди младенцев в возрасте 0-5 месяцев. Должно быть отмечено, что оценки данных истощения по возрасту 1996 года отличаются от глобальных норм, где пик истощения возникает на втором году жизни.

Данные по двум исследованиям, собранные по грудному вкармливанию и прикорму, предполагают, что медиана продолжительности любого грудного вскармливания и возраст введения жидкостей, отличных от грудного молока, твердой и/или полутвердой пищи, увеличились среди данного населения, хотя методологические различия в формулировке вопросов и критерии включения для секций питания младенцев/маленьких детей в двух исследованиях, призывают к осторожности относительно производства прямого сравнения.

Если это соответствует действительности, сдвиг в поведении по вскармливанию младенцев, может объяснить высокий процент истощения среди младенцев в выборке 1996 года и улучшение видимое среди всех возрастных групп в выборке 2002 года.

Возрастной характер для доли с низким весом (вес-к возрасту) некоторым образом напоминает таковой по низкорослости, с наивысшими долями наблюдаемыми среди детей в возрастной группе 12-23месяцев в выборках обоих исследований. В данном случае, однако, имеется постоянное соответствие разницы в 9-12 процентных пунктов улучшения среди детей 6 месяцев и старше ,между годами проведения исследований. Поскольку недостаточность веса является индикатором острого недостатка питания, то это предполагает общее улучшение в питании маленьких детей в период между двумя исследованиями.

10.4 ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ПРИКОРМ

Практика вкармливания младенцев имеет важное влияние на здоровье как ребенка, так и матери. Например, она определяет статус питания маленьких детей, который в свою очередь влияет на его восприимчивость к заболеваниям, в особенности инфекционными. Грудное вскармливание, так же, влияет на здоровье женщины, оно продляет возврат овуляции после родов

и, тем самым, способствует длительному меж-родовому интервалу, который способствует здоровью как матери , так и следующего ребенка.

ВОЗ и ЮНИСЕФ определяют оптимальное питание детей следующим образом (WHO/UNICEF, 1990):

- Первое грудное кормление начать в течение первого часа после рождения
- Частое, по требованию вскармливание (включая ночное кормление)
- Исключительное грудное вскармливание (только грудное молоко без всякой другой жидкости и пищи до 6 месяцев жизни)
- Грудное вскармливание с прикормом, приготовленным из подходящих местных продуктов, приготовленных гигиеническим способом, начиная с примерно 6 месяцев жизни
- Увеличенное потребление грудного молока в период болезней и выздоравливания
- Продолжение грудного вскармливания до возраста 2 лет и дольше.

Исключительное грудное вскармливание, когда только грудное молоко является источником пищи и жидкости для ребенка, отвечает всем питательным потребностям (Cohen, 1994) и защищает от болезней (Huffman and Combest, 1990) в течение, примерно, первых шести месяцев жизни. Младенцы на исключительно грудном вскармливании, 4 раза реже, чем дети на частичном грудном вскармливании и 14 раз реже, чем дети на искусственном вскармливании, могут умереть от эпизодов диареи (Victora, 1987). Исключительное грудное вскармливание является типом питания, при котором выживаемость младенцев наиболее предсказуема.

Примерно в возрасте 6 месяцев жизни, для большинсва младенцев, грудное молоко одно не обеспечивает энергетические и белковые потребности. В рацион должны вводиться местные продукты богатые энергией, белком и микронутриентами, приготовленные мягкими и в гигиенических условиях. В этот период можно вводить и другие виды молока (не грудное). В течение этого транзиторного периода, когда начинают даваться продукты прикорма, так же должно продолжаться грудное вскармливание по-требованию, что обеспечит получение ребенком всех преимуществ грудного вскармливания. Увеличение заболеваемости диареей, связанной с введением продуктов прикорма и жидкостей, можно предупредить правильной гигиеной.

Усиление грудного вскармливания во время болезней и выздоравливания является важным для снижения риска неадекватного приема пищи в течение болезни, снижения риска обезвоживания и для поощрения догонки роста. Болезни, ассоциированные с анорексией, ведут к снижению потребления пищи отличной от грудного молока, тогда как аппетит к грудному молоку сохраняется (Brown, 1990). Таким образом, грудное вскармливание, являясь постоянным источником пищи высокого качества и гигиены, играет критическую роль в поддержании статуса питания младенцев и маленьких детей в период болезни и после.

Использование бутылок с соской не поощряется в любом возрасте. Одной из причин является то, что молоко из соски течет быстрее и ребенок может быть не удовлетворен сосанием и может отказаться от груди. Другой причиной является угроза здоровью десен и прорезающихся зубов, если ребенок пьет по своей воле, особенно если жидкость содержит сахар.

10.4.1 Информация ИЗНУ о грудном вскармливании и прикорме

В 2002 ИЗНУ, про каждого ребенка, рожденного в последние пять лет, матерей спрашивали, кормила ли она его грудью, и если кормила, находится ли он все еще на груди. Тех матерей, кто все еще продолжал кормить, спрашивали о пище и жидкости, которую ребенок получил в течение предыдущего дня и ночи. По данным о грудном вскармливании на настоящий момент (т.е на момент исследования), был просчитан процент детей на грудном вскармливании по

возрасту, так же как и медиана продолжительности грудного вскармливания в зависимости от социально-биологических факторов матерей. Информация по продуктам питания, потребеленными младенцами в течение последних 24 часов, позволяет классифицировать детей на грудном вскармливании по категориям видов питания.

Как показано в Таблице 10.6 и Рисунке 10.6, почти всех новорожденных в Узбекистане кормят грудью (99 процентов детей в возрасте 0-2 месяцев). Вначале второго года жизни (12-13 месяцев), 89 процентов младенцев продолжают грудное вскармливание, после чего процент стремительно падает до менее половины к возрасту 20-21 месяцев. Медиана продолжительности любого грудного вскармливания составляет 20.4 месяцев, что соответствует рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ.

Однако, исключительное грудное вскармливание намного короче 6 месяцев, рекомендованных ВОЗ/ЮНИСЕФ. Даже в раннем возрасте 0-2 месяцев, только 42 процента младенцев были на исключительном грудном вскармливании. К 4-5 месяцам жизни, этот показатель падает до 9 процентов.

Вода является популярной добавкой к грудному вскармливанию, начиная с возраста 0-5 месяцев. Другие, основанные на воде жидкости и соки, так же популярны и вводятся даже в столь раннем возрасте, как 0-2 месяца одному из четырех младенцев. Другие виды молока (не грудное) намного реже вводятся на первом году жизни, в отличие от воды и других жидкостей/соков. Это скорее артефакт наличия и цены других видов молока, по сравнению с жидкостями на воде и соками. Экстенсивное использование воды и жидкостей на водной основе/соков предполагает, что многие младенцы имеют питание неадекватное и по протеину и по энергии и, тем самым, находятся под угрозой недостаточного питания.

В таблице 10.6 так же показан процент детей получавших бутылочку с соской в предыдущую ночь и в день интервью. Процент повышается с 27 процентов в возрасте менее 2 месяцев до 41 процентов среди детей 2-3 месяцев, и значительно снижается после первого года. Последнее снижение ожидаемое, так как к этому возрасту дети хорошо пьют из чашки.Как указывалось выше, использование бутылочки отрицательно действует на грудное вскармливание, снижая доступ к питательным и защитным веществам грудного молока.

Таблица 10.6 Статус грудного вскармливания по возрасту

Процентное распределение детей до трехлетнего возраста, проживающих с матерью, в соответствии со статусом грудного вскармливания, и процент детей до трехлетнего возраста, использующих бутылку с соской, в зависимости от возраста в месяцах, Узбекистан 2002

		Грудное вскармливание и потребление:								
Возраст в месяцах	Не вскармливается грудью	Исключительное грудное вскармливание	Только простая вода	Жидкости на воде, сок	Другое молоко	Продукты прикорма	Всего	Кол-во	Процент использующих бутылку с соской	Кол-во детей
< 2	1.1	42.0	24.7	23.5	8.8	0.0	100.0	58.0	26.9	58
2-3	0.0	14.5	36.7	29.1	11.5	8.1	100.0	76.0	41.3	76
4-5	4.5	9.0	21.6	29.4	13.4	22.2	100.0	101.0	37.8	101
6-7	2.6	2.5	8.0	32.0	11.3	43.5	100.0	88.0	34.6	88
8-9	3.7	1.5	6.3	17.7	13.5	57.4	100.0	82.0	24.9	82
10-11	7.8	0.0	3.7	20.7	11.9	55.9	100.0	74.0	20.3	74
12-13	11.2	0.0	3.3	24.1	11.5	49.8	100.0	90.0	8.6	90
14-15	24.7	5.7	5.6	15.7	14.2	34.2	100.0	55.0	13.2	55
16-17	35.6	0.0	3.5	13.1	15.7	32.1	100.0	75.0	11.8	75
18-19	34.6	0.0	1.0	1.9	20.0	42.6	100.0	69.0	8.8	69
20-21	52.8	0.0	0.0	6.8	6.6	33.8	100.0	71.0	5.6	71
22-23	58.0	0.0	1.5	7.0	3.8	29.7	100.0	45.0	10.4	45
24-25	80.4	0.0	2.7	2.7	8.3	5.9	100.0	53.0	1.7	56
26-27	83.7	0.0	0.0	7.9	4.2	4.2	100.0	73.0	2.5	73
28-29	95.6	0.0	0.0	0.0	0.5	3.9	100.0	72.0	1.9	72
30-31	97.6	0.0	0.0	1.2	1.2	0.0	100.0	58.0	1.8	58
32-33	86.3	0.0	0.0	6.1	3.5	4.1	100.0	72.0	4.7	72
34-35	92.0	0.0	0.0	5.9	2.1	0.0	100.0	50.0	1.5	50
<6	2.2	18.9	27.3	27.8	11.7	12.2	100.0	235.0	36.3	235
6-9	2.0	2.5	7.3	26.8	12.7	48.7	100.0	137.0	30.3	137

Рисунок 10.6 Распределение детей в зависимости от статуса грудного вскармливания (ГВ), по возрасту

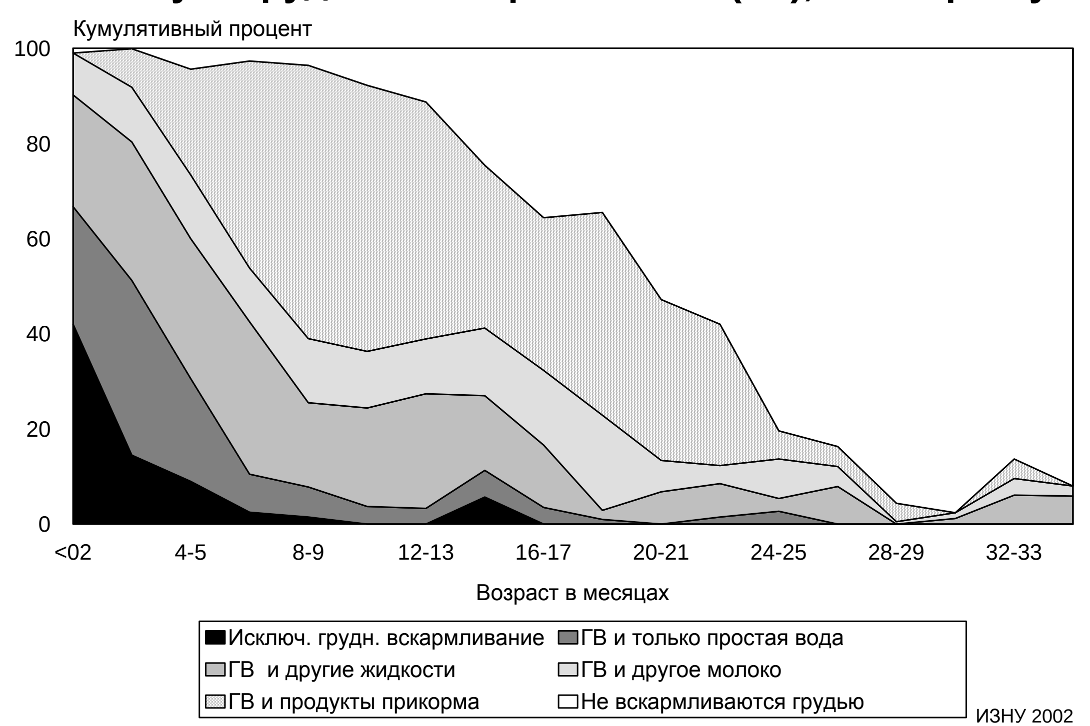


Таблица 10.7 суммирует медианы продолжительности любого, исключительного и предоминантного грудного вскармливания, на основе данных собранных у детей, рожденных за 3 года до начала ИЗНУ. Вариации изменения медианы любого грудного вскармливания очень небольшие. Наибольшие вариации наблюдаются по региону, где дети из Ташкента имеют самую короткую медиану в 15 месяцев продолжительности любого грудного вскармливания. Женщины из Западного и Восточного регионов кормят грудью дольше всего, в среднем, около 22 месяцев. Исключительное грудное вскармливание очень недолгое среди этого населения, медиана всего 0.6 месяцев. Предоминантное грудное вскармливание (с водой, жидкости на воде/соки) в среднем 6 месяцев. Нет особых вариаций по основным характеристикам матерей, однако, заметим, что матери с наименьшим образованием, кто возможно наиболее экономически неблагополучен и таким образом менее вероятно могут предоставлять питательные заменители грудного молока, в среднем кормят 3 месяца предоминантным видом грудного вскармливания, по сравнению с 6 месяцами для женщин со средним образованием.

Таблица 10.7 Медиана продолжительности и частота грудного вскармливания

Медиана прдолжительности любого, исключительного и предоминантного грудного вскармливания среди детей, рожденных в течение трех лет, предшествовавших исследованию, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Любое грудное вскармливание	Исключительное грудное вскармливание	Предоминантное грудное вскармливание	Количество
Пол				
Мужской	22.0	0.6	5.5	753
Женский	18.7	0.6	6.2	651
Место жительства				
Город	20.6	0.5	4.1	469
Село	20.3	0.9	6.5	934
Регион				
Западный	22.2	0.6	4.6	191
Центральный	20.9	0.4	6.6	376
Восточно-Центральный	17.5	1.1	4.5	380
Восточный	21.6	0.9	8.4	371
Город Ташкент	14.9	0.4	3.7	84
Регионы расширенной выборки				
Каракалпакстан	23.1	0.7	4.0	99
Ферганская Область	18.8	1.5	6.8	170
Образование матери				
Начальное/ неполное среднее	20.5	1.2	2.8	127
Среднее	20.3	0.6	6.2	893
Среднее специальное	16.1	1.0	5.0	291
Высшее	20.9	0.4	3.7	93
Всего	20.4	0.6	5.8	1,403

10.5 АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

Анемия является состоянием, характеризующимся снижением объема красных кровяных телец и снижением концентрации гемоглобина в крови. Почти половина всей анемии в мире является железо-дефицитной. С другой стороны, дефицит железа происходит в результате неадекватного потребления биологически доступного железа, увеличенных потребностей в железе в периоды быстрого роста, таких как беременность и младенчество, и повышенной потери крови в связи с кровососущими глистами или шистоматозной инфестацией (WHO/CEE, 1999). Пищевая анемия анемия включает анемию в связи с дефицитом железа плюс фолата, витаминов A и B12, и некоторых следовых элементов, участвующих в эритропоэзе, или продукции красных кровяных телец. Не-пищевая анемия, в основном, вызвана кровососущими глистами, малярией, и ВИЧ, особенно в Африке (Merson, 2001).

Анемия снижает у детей умственное, моторное и речевое развитие, координацию и успеваемость в школе (Scrimshaw, 1984; Lozoff, 1991). Дефицит железа так же увеличивает восприимчивость к отравлению тяжелыми металлами, включая свинец. Анемия увеличивает заболеваемость от инфекционных заболеваний, в связи с отрицательным эффектом на имунную систему.

Среди детей дошкольного возраста, распространенность анемии около 5 процентов в Северной Америке и Западной Европе и 49 процентов в Восточной Европе (WHO/CEE, 1999). Исследование проведенное в 1993 в Муйнакском районе Каракалпакстана группой Кросслинк нашло, что уровень анемии примерно 80 процентов для детей в возрасте до трех лет (Morse, 1994). По данным ПМДУ 1996 года, уроень анемии среди детей до трех лет жизни составил 61 процент.

Региональное бюро ВОЗ для Европы заключает , что следующая практика питания детей ведет к анемии среди детей в странах бывшего СССР: низкий уровень исключительного грудного вскармливания в 4 до 6 месяцев; раннее введение (до 4 месяцев) коровьего молока вместо грудного молока (с более низкой биологической усвояемостью железа); частая дача чая и пшеничного хлеба, которые препятствуют всасыванию не гемного железа, и позднее введение печени и другого мяса и рыбы (с высокой биологической усвояемостью гемного железа) (WHO/EURO, 2000).

10.5.1 Процедуры тестирования на анемию

В 2002 ИЗНУ наличие анемии оценивалось среди детей в возрасте 6-59 месяцев путем измерения уровней гемоглобина в капиллярной крови. До начала теста письменное согласие было взято у родителей ребенка или опекуна. Капиллярная кровь бралась из пальца стерильными одноразовыми инструментами. Уровни гемоглобина измерялись системой HemoCue специально обученными лаборантами. Всего были измерены 2449 из 2525, подлежащих исследованию детей (97 процентов).

Уровни анемии классифицировались как легкая, умеренная и тяжелая на основе концентрации гемоглобина в крови, в соответствии с рекоммендациями ВОЗ (DeMaeyer, 1989). В связи с тем, что концентрация гемоглобина меняется на различной высоте над уровнем моря, все измерения были произведены с учетом высоты над уровнем моря, взятым для каждого кластера.Уровни анемии классифицировались следующим образом:

- Легкая: гемоглобин 10.0-11.9 g/dl (10-10.9 g/dl для детей до 3 лет)
- Умеренная: гемоглобин 7.0-9.9 g/dl
- Тяжелая: гемоглобин менее чем 7.0 g/dl

10.5.2 Анемия у детей в соответствии с ИЗНУ 2002

В Таблице 10.8 представлены данные по анемии для детей в возрасте 6-59 месяцев. Процент детей с анемией поднимается с 50 процентов среди детей в возрасте 6-9 месяцев, до 70 процентов на втором году жизни, затем снижается до 36 процентов на пятом году. В 12-23 месяцев, процент детей с умеренной и тяжелой анемией (45 процентов) так же достигает пиков (Рисунок 10.7). Эти данные совпадают с короткой медианой продолжительности исключительного грудного вскармливания (0.6 месяцев) и раннего введения воды и другой пищи, отличной от грудного молока (58 процентов младенцев менее 2 месяцев жизни), описанные ранее в данной главе.

Таблица 10.8 Анемия У Детей

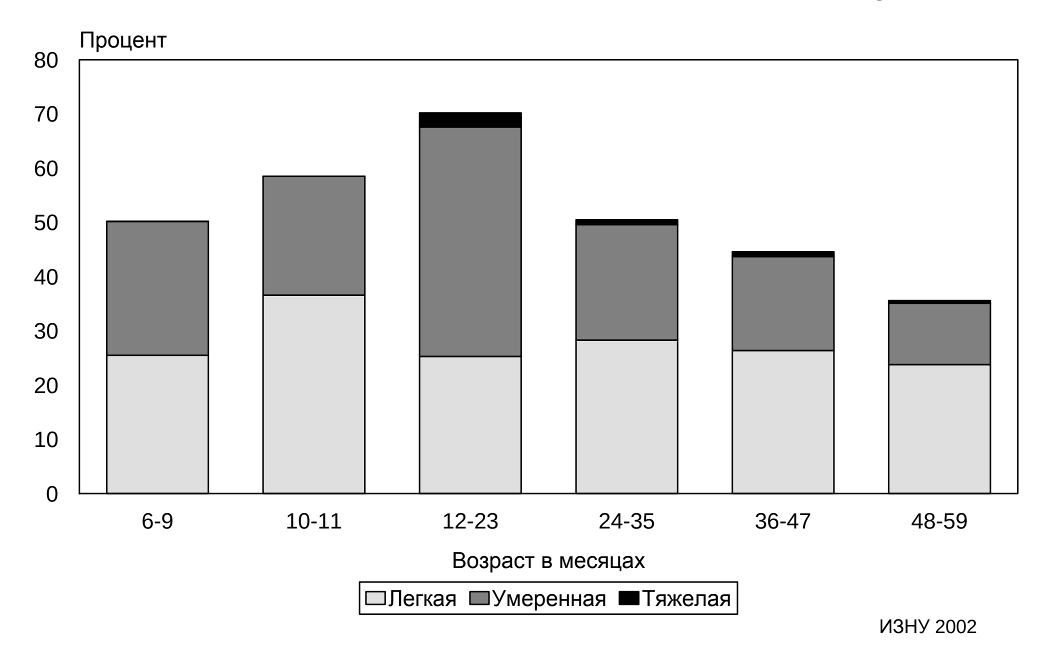
Процент детей в возрасте 6-59 месяцев с анемией, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Статус Анемии: Любая анемия[1]	Легкая[2]	Умеренная[3]	Тяжелая[4]	Количество
Возраст ребенка в месяцах					
6-9	50.2	25.5	24.7	0.0	165
10-11	58.6	36.6	21.9	0.0	68
12-23	70.2	25.3	42.3	2.6	429
24-35	50.6	28.3	21.3	0.9	545
36-47	44.5	26.4	17.3	0.9	504
48-59	35.5	23.8	11.3	0.5	594
6-35	57.9	27.3	29.3	1.3	1,208
Пол					
Мужской	50.8	25.0	24.8	1.0	1,217
Женский	47.5	27.5	18.9	1.0	1,088
Очередность родов					
1	51.5	26.5	23.6	1.3	620
2-3	51.4	26.3	24.1	1.0	991
4+	55.1	28.4	26.1	0.6	338
Место жительства					
Город	44.6	24.0	19.3	1.4	840
Село	51.9	27.5	23.6	0.8	1,460
Регион					
Западный	49.8	20.6	25.6	3.7	268
Центральный	58.1	36.7	21.0	0.4	528
Восточно-Центральный	57.6	24.2	31.7	1.8	499
Восточный	46.3	25.5	20.6	0.3	779
Город Ташкент	19.8	15.7	4.0	0.2	231
Регионы расширенной выборки					
Каракалпакстан	53.6	19.6	28.7	5.4	146
Ферганская Область	37.1	23.5	13.2	0.4	497
Образование матери					
Начальное/ неполное среднее	49.3	27.1	21.4	0.8	188
Среднее	55.1	28.1	25.7	1.3	1,231
Среднее специальное	49.2	23.8	24.0	1.3	395
Высшее	40.8	24.9	15.7	0.3	173
Возраст матери					
15-19	*	*	*	*	16
20-24	53.1	26.6	25.0	1.5	633
25-29	51.3	26.6	23.7	0.9	717
30-34	54.5	28.9	24.2	1.3	394
35-49	46.8	24.3	21.9	0.6	226
Статус матери					
Мать проинтервьирована	52.0	26.7	24.3	1.0	1,949
Мать не проинтервьюирована, но в домовладении	(57.1)	(33.6)	(16.0)	(7.6)	38
Мать не проинтервьюирована, и не в домовладении	31.1	22.1	9.1	0.0	319
Всего	49.2	26.2	22.0	1.0	2,305

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

[1] Уровень гемоглабина менее 11.0 g/dl
[2] Уровень гемоглабина в промежутке 10.0-11.9 g/dl
[3] Уровень гемоглабина в промежутке 7.0-9.9 g/dl
[4] Уровень гемоглабина менее 7.0 g/dl

Рисунок 10.7 Процент детей с анемией, по тяжести формы анемии и возрасту



Показатели анемии значительно варьируют по регионам. Как показано на рисунке 10.15, Центральный и Восточно-Центральный регионы имеют наибольшую долю детей до 6-59 месяцев жизни с анемией (58 процентов), контрастируя с 20 процентами в Ташкенте. Наибольшая доля детей с умеренной и тяжелой анемией была найдена в Западном (29 процентов) и Восточно-Центральном (34 процентов) регионах. Эти региональные различия могут быть объяснены разницей в питании: более широкий выбор продуктов богатых железом и усиливающих всасывание железа, так же как и источников витамина B12, фолата и витаминаA, могут быть более доступными и в наличии в Ташкенте, по сравнению с другими регионами. Хотя для детей информаци по частоте потребления продуктов питания не собиралась, частота потребления продуктов для взрослых, представленная в таблицах 10.2.1 и 10.2.2 и обсуждаемая ранее в этой главе, подтверждает эту гипотезу. Красное мясо, темно-зеленые лиственные овощи, свежие фрукты и зерновые потребляются ежедневно (медиана 7 дней), и яйца и рыба или птица потребляются более часто взрослыми в Ташкенте, по сравнению со взрослыми лицами других регионов.

10.5.3 Изменения в анемии детей за период с 1996 по 2002

В ПМДУ 1996 года анемия оценивалась среди детей до трех лет жизни. Таким образом, мы можем сравнить показатели анемии из двух исследований для детей 6-35 месяцев. Были найдены различия по возрасту и региону.

Рисунок10.8 показывает процент детей либо с умеренной, либо с тяжелой анемией (Hgb <10 g/dl) по возрастным группам, как было выявлено в 1996 ПМДУ и 2002 ИЗНУ. Пропорция детей с умеренной и тяжелой анемией в возрасте 12-23 месяцев на 50 процентов выше в 2002, по сравнению с 1996 (45 процентов по сравнению с 30 процентами).

Рисунок 10.8 Процент детей в возрасте 6-35 месяцев с умеренной или тяжелой формой анемии, по возрасту: 1996 ПМДУ в сравнении с ИЗНУ 2002

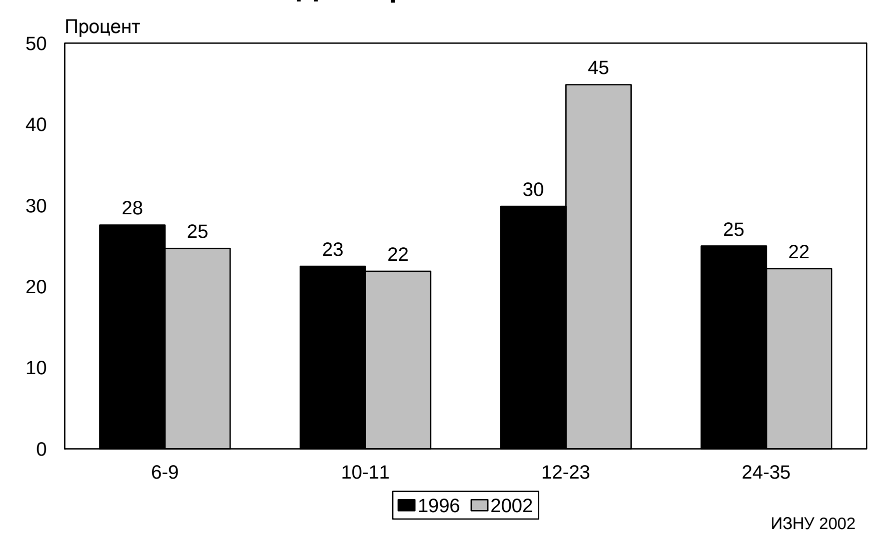
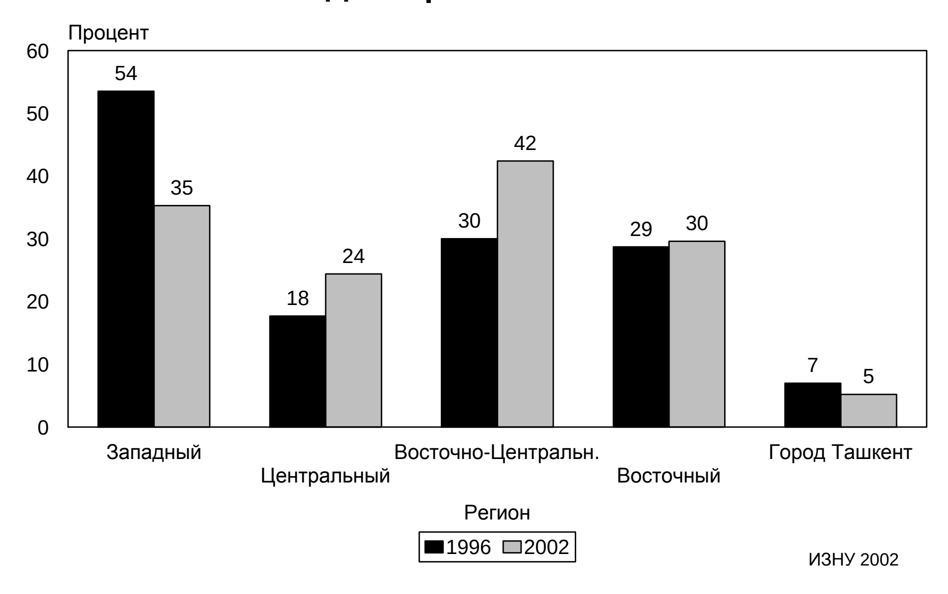


Рисунок 10.9 показывает процент детей с умеренной или тяжелой анемией по регионам. Значительное снижение в умеренной/тяжелой анемии имело место в Западном регионе (с 54 до 35 процентов), наряду со значительным повышением в Восточно-Центральном Регионе (с 30 до 42 процентов).

Рисунок 10.9 Процент детей в возрасте 6-35 месяцев с умеренной или тяжелой формой анемии, по региону, 1996 ПМДУ в сравнении с ИЗНУ 2002



СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ, ВИЧ/СПИД, и БППП

11

Р.И.Столлингс и С.Арипов

СПИД- практически во всех случаях, является смертельным заболеванием, которое проявляется на поздних стадиях инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Следуя за первоначальным инфицированием, незначительное количество людей испытывает короткое заболевание, напоминающее грипп, и продолжающееся 2-5 недель, в течение которых клеточный иммунитет угнетается, и заразность является высокой. Имунная система восстанавливается и инфицированное лицо не проявляет симптомов продолжительное время, иногда в течение месяцев, иногда лет, и за это время вирус активизируется и разрушает клеточный иммунитет. Вначале появляются такие неспецифические симптомы, как потеря веса, увеличение лимфатических узлов и ночное потение, за которыми, как правило, следует развитие "сопутствующих" инфекций или рака, как результат крайнего иммуно-дефицита (Синдром Приобретенного Иммуно Дефицита). По подсчетам, медиана латентного периода, начиная с первоначального инфицирования ВИЧ до заболевания СПИДом, составляет 7-8 лет во всех слоях населения, в то время как средняя продолжительность жизни со СПИДом без лечения до смерти, оценивается в 2-4 года в развитых странах, и 6 или менее месяцев, в развивающихся странах. (WHO/SEARO, 2003).

СПИД-это глобальная пандемия, и случаи заболеваний сообщаются практически из каждой страны мира. По подсчетам, 3.1 миллиона человек умерло от СПИДа в 2002, стали ВИЧ-инфицированными 5 миллионов, и, в целом, в мире 42 миллиона являлись носителями инфекции ВИЧ. (UNAIDS/WHO, 2002).

По подсчетам ООН, в 2001 году в Узбекистане уровень инфицирования ВИЧ среди населения 15-49 лет был намного ниже 1 процента. Несмотря на это, скорость появления новых случаев быстро растет, и в первой четверти 2003 года количество новых случаев утроилось, по сравнению с тем же периодом в 2002 году. В то время, как только 16 процентов этих случаев объясняются трансмиссией через сексуальный контакт, большинство случаев ассоциируют с приемом внутривенных наркотиков, и процент таких трансмиссий продолжает расти. Правительство открыло 230 центров по раздаче шприцов и презервативов. (UN Integrated Regional Information Networks, 2003).

Наиболее распространенными путями заражения являются обмен продуктов секрекции организма во время полового акта и через использование общих игл при приеме наркотиков. Работники коммерчесого секса являются группами повышенного риска, как для инъекционного заражения, так и путем трансмиссии бактерий и вирусов, передающихся половым путем, включая ВИЧ. В Узбекистане проституция противозаконна и наказуема. В то время, как существует мало документации для оценки масштабов коммерческого секса, по информации Узбекской делегации в ООН, среди 4182 человек, задержанных за проституцию в 2000 году, более чем 45 процентов были инфицированы венерическим заболеванием (UNCRC, 2001).

Страны Восточной Европы и Центральной Азии в настоящий момент проходят через стадию быстроразвивающейся эпидемии ВИЧ. Многочисленные факторы, способствующие развитию этой ситуации, включают экономическую нестабильность и высокий уровень безработицы, растущее количество бросающих среднюю школу, упадок государственной системы здравоохранения, и, наверное самое главное, разложение социальных норм и высокие показатели приема внутривенных наркотиков подростками и молодыми людьми, усугубляемое близостью путей перевоза наркотиков через Центральную Азию (WHO/EURO, 2002; UNAIDS, 2002).

Узбекистан недавно привлек внимание ООН и других международных организаций. Предполагалось, что к концу 2001 года в Узбекистане количество ВИЧ-инфицированного взрослого населения (возраста 15-49 лет) составляло 740, включая немногим менее 100 детей. (UNAIDS/WHO, 2002). В течение первых 6 месяцев 2002 года было зарегистрировано 620 новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. (UNAIDS, 2002). По последним данным, 2000 новых случаев было зарегистрировано в первые 3 месяца 2003 года. Большинство новых случаев (70 процентов), были связаны с приемом внутривенных наркотиков, и 80 процентов составили мужчины. (UN Integrated Regional Information Networks, 2003).

Данная глава представляет информацию, собранную в ИЗНУ 2002 в области сексуального поведения, уровня знаний и взглядов относительно ВИЧ/СПИД и болезней, передающихся половым путем (БППП) и всех факторов, связанных с распространением ВИЧ/СПИДа.

11.1 ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ТРАНСМИССИИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ЧЕРЕЗ СЕКСУАЛЬНЫЙ КОНТАКТ

Стратегии защиты от заражения ВИЧ половым путем в основном сосредоточены вокруг пропаганды безопасного секса, часто называемыми, как “ABC” (англ. от азбука), первоначального этапа защиты. Три компонента *Воздержание*/задержание первого полового акта (от английского *Abstinence*/delay of sexual debut), *Хранение верности*/уменьшение количества партнеров (от английского *Being faithful*/partner reduction), и *Использование презерватива* (от английского *Condom* use), также напрямую относятся к предохранению от других половых инфекций, передающихся половым путем, таких как хламидия, гонорея и сифилис. Подростки и молодые люди, которые по демографическим признакам находятся в группе повышенного риска заражения данными инфекциями, призываются к тому, чтобы отложить или воздержаться от сексуальной активности вне брака (или другой формы отношений), в то время как сексуально-активному взрослому населению рекомендуется хранить верность во взаимно-моногамных союзах, или уменьшить количество сексуальных партнеров или связей вне брака, и систематически использовать презерватив, особенно с партнерами, не являющимися их супругами.

При планированиии и оценке программ, направленных на предотвращение и контроль за распространением ВИЧ/СПИда и других БППП, государственным органам власти необходима национальная статистика относительно сексуального поведения и использования презервативов. В дополнение к обсуждаемым в главе 7 вопросам про возраст во время первого полового акта и возраст первого брака, составляющих первый компонент “ABC”, в ИЗНУ 2002 также были включены вопросы про половые отношения и использование презервативов в течение последних 12 месяцев, и доступ к презервативам. Эти дополнительные вопросы относятся к компонентам “B” и “C” стратегии первого этапа защиты, а именно, “ Хранение верности/уменьшение количества партнеров ” и “Использование презервативов”.

В основном, распространение инфекции ВИЧ и других БППП через сексуальный контакт является показателем степени того, насколько часто лица вступают в сексуальные отношения без презерватива с партнерами, с которыми они не состоят в браке, и с которыми они не проживают постоянно. В то же время, в нескольких исследованиях была установлена связь между мужским обрезанием и пониженным уровнем инфицирования ВИЧ. Следовательно, интересным будет сбор общенациональных данных для оценки распространенности поведения и условий, повышающих или понижающих риск инфицирования ВИЧ.

11.1.1 Количество Сексуальных Партнеров

Менее одного процента замужних женщин сообщают о наличии у них сексуальных партнеров, не являющихся их мужем (или проживающим с ними партнером) в течение последнего года, по сравнению с аналогичным показателем в 6 процентов для мужчин (Таблица 11.1). Среди

мужчин, процент постепенно снижается с увеличением возраста, но повышается с увеличением уровня образования, с 4 процентов для самого низкого уровня образования, до почти 9 процентов на самом высоком уровне. Городские женатые мужчины в 2 раза чаще докладывали о недавнем контакте с партнерами, с которыми они не состоят в браке или союзе, чем женатые мужчины из сельской местности. Существует значительная разница по регионам, самые высокие показатели имелись в Центральном регионе и в Ташкенте, и наиболее низкий показатель в Восточном регионе.

Таблица 11.1 Количество сексуальных партнеров: состоящие в браке женщины и мужчины

Процентное распределение замужних женщин и женатых мужчин по количеству партнеров, с которыми они состояли в половых отношениях в течение последних 12 месяцев, за исключением супруг(ов) или проживающих с ними партнеров, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины						Мужчины					
	0	1	2+	Не знает/ пропущено	Всего	Количество	0	1	2+	Не знает/ пропущено	Всего	Количество
Возраст												
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
20-24	99.9	0.0	0.1	0.0	100.0	696	90.2	7.8	2.0	0.0	100.0	128
25-29	99.4	0.4	0.0	0.2	100.0	726	93.4	5.8	0.9	0.0	100.0	340
30-39	99.4	0.6	0.0	0.0	100.0	1,271	93.2	4.6	1.8	0.4	100.0	531
40-49	99.4	0.6	0.0	0.0	100.0	950	95.5	3.9	0.6	0.0	100.0	410
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	0.0	0	97.0	2.7	0.3	0.0	100.0	186
Место жительства												
Город	98.9	1.1	0.0	0.0	100.0	1,434	91.4	6.8	1.8	0.0	100.0	604
Село	99.9	0.1	0.0	0.1	100.0	2,286	95.5	3.6	0.7	0.2	100.0	996
Регион												
Западный	99.8	0.2	0.0	0.0	100.0	446	93.8	5.0	1.2	0.0	100.0	198
Центральный	99.3	0.7	0.0	0.0	100.0	889	89.6	8.4	2.0	0.0	100.0	358
Восточно-Центральный	99.0	0.8	0.0	0.1	100.0	999	93.6	4.7	1.7	0.0	100.0	450
Восточный	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,082	98.5	1.1	0.0	0.4	100.0	475
Город Ташкент	99.1	0.7	0.2	0.0	100.0	304	90.1	9.0	0.9	0.0	100.0	119
Регионы расширенной выборки												
Каракалпакстан	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	238	95.3	3.5	1.2	0.0	100.0	113
Ферганская Область	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	471	99.4	0.6	0.0	0.0	100.0	203
Образование												
Начальное/неполное среднее	99.5	0.5	0.0	0.0	100.0	316	94.0	3.8	0.2	2.0	100.0	94
Среднее	99.5	0.4	0.0	0.1	100.0	2,234	95.0	3.7	1.4	0.0	100.0	877
Среднее специальное	99.2	0.8	0.0	0.0	100.0	771	93.9	4.4	1.7	0.0	100.0	320
Высшее	99.9	0.1	0.0	0.0	100.0	399	91.1	8.7	0.2	0.0	100.0	309
Всего	99.5	0.5	0.0	0.0	100.0	3,720	93.9	4.8	1.1	0.1	100.0	1,600

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.
Нп = Не применим

Незначительное количество, менее 3-х процентов незамужних женщин сообщили о наличии у них сексуальных партнеров в течение последних 12 месяцев (Таблица 11.2). Сексуально активным незамужним женщинам было более характерно наличие предыдущего брака (в отличие от никогда не бывших замужем женщин) и их городской статус. Процент сообщивших о наличии любого сексуального партнера растет с увеличением возраста, но падает после 39 лет, и также

наблюдается незначительное увеличение показателя с повышением уровня образования. Незамужние женщины в Ташкенте чаще, чем женщины из регионов, сообщали о наличии недавних сексуальных партнеров (10 процентов).

Подобные тенденции также наблюдаются при анализе ответов неженатых мужчин, но на более высоком уровне. В целом, 16 процентов неженатых мужчин сообщили, что в течение последних 12 месяцев у них был сексуальный партнер. Сексуально-активным неженатым мужчинам было более характерно быть женатым в прошлом (57 процентов), чем не женатым, и проживать в городской местности (27 процентов), чем в сельской местности. Процент сообщивших о наличии любогоо сексуального партнера увеличивается с возрастом, но этот показатель не стабилен после отметки в 29 лет. Процент неженатых мужчин, ответивших, что у них недавно были сексуальный партнеры, увеличился в 9 раз, с пяти процентов среди тех, кто имел самый низкий уровнеь образования до 45 процентов среди имеющих самый высокий уровень, и является наиболее высоким среди проживающих в Ташкенте.

Таблица 11.2 Количество сексуальных партнеров: не состоящие в браке женщины и мужчины

Процентное распределение, не состоящих в браке женщин и мужчин, по количеству партнеров, с которыми они состояли в половых отношениях в течение последних 12 месяцев, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины						Мужчины				
	0	1	2+	Не знает/ пропущено	Всего	Количество	0	1	2+	Всего	Количество
Возраст											
15-19	99.8	0.1	0.0	0.2	100.0	1,015	93.4	5.3	1.3	100.0	375
20-24	97.4	2.6	0.0	0.0	100.0	353	77.3	17.7	5.0	100.0	260
25-29	87.0	10.2	2.8	0.0	100.0	83	75.0	16.7	8.2	100.0	59
30-39	88.0	10.1	1.1	0.8	100.0	150	(46.4)	(50.4)	(3.2)	(100.0)	19
40-49	94.0	5.5	0.2	0.2	100.0	143	*	*	*	*	12
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	0.0	0	*	*	*	*	8
Семейное положение											
Никогда не состоял(а) в браке	99.1	0.7	0.0	0.1	100.0	1,421	86.1	10.7	3.3	100.0	69 2
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	88.6	9.5	1.3	0.5	100.0	322	43.0	54.8	2.2	100.0	40
Место жительства											
Город	93.9	5.3	0.5	0.2	100.0	741	73.3	20.3	6.4	100.0	312
Село	99.6	0.2	0.0	0.2	100.0	1,001	91.4	7.7	0.8	100.0	421
Регион											
Западный	99.1	0.6	0.1	0.1	100.0	253	90.9	8.6	0.5	100.0	116
Центральный	96.3	3.2	0.5	0.0	100.0	422	79.2	12.7	8.2	100.0	152
Восточно-Центральный	98.6	0.8	0.4	0.3	100.0	432	81.3	17.7	0.9	100.0	196
Восточный	99.0	0.7	0.0	0.4	100.0	436	92.7	5.9	1.4	100.0	190
Город Ташкент	90.0	10.0	0.0	0.0	100.0	199	66.3	26.3	7.4	100.0	79
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	98.5	1.1	0.2	0.2	100.0	149	92.7	6.5	0.9	100.0	72
Ферганская Область	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	161	97.9	2.1	0.0	100.0	56
Образование											
Начальное/неполное среднее	98.3	0.3	0.7	0.6	100.0	261	95.3	4.4	0.3	100.0	94
Среднее	97.5	2.1	0.2	0.2	100.0	955	85.6	11.8	2.6	100.0	434
Среднее специальное	96.8	3.2	0.0	0.0	100.0	351	81.6	16.2	2.2	100.0	150
Высшее	94.7	5.3	0.0	0.0	100.0	176	54.6	29.9	15.5	100.0	55
Всего	97.2	2.4	0.2	0.2	100.0	1,743	83.7	13.1	3.2	100.0	733

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.

Нп = Не применим

11.1.2 Знание источника приобретения презервативов

Женщин и мужчин спрашивали, знают ли они о месте приобретения презерватива, и о том, могут ли они при желании приобрести презервативы. Мужчинам также был задан вопрос, если они прошли через процедуру обрезания. Ответы на данные вопросы представлены в Таблице 11.3. В целом, 36 процентов женщин и 62 процента мужчин знают, где приобрести презерватив. Похожи тенденции в информированности у женщин и мужчин в зависимости от социально-биологических факторов. Уровень осведомленности об источнике приобретения презерватива улучшается с возрастом, он выше у раннее состоявших в браке, по сравнению с теми, кто никогда в браке не состоял или состоит в браке в данный момент, выше в городской, чем в сельской местности, особенно в Ташкенте, и увеличивается по мере повышения уровня образования. Среди респондентов, никогда не состоявших в браке, наиболее часто знали об источнике приобретения презерватива те, кто когда-либо занимался сексом, по сравнению с теми, кто никогда не имел сексуальных отношений.

Таблица 11.3 Знание источника приобретения мужского презерватива, и доступность презервативов: женщины и мужчины

Процент мужчин и женщин, знающих место приобретения мужского презервативов, и процент отвечающих, что они могут приобрести мужской презерватив, и процент мужчин прошедших обрезание, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины: Знает источник м.презерватива	Женщины: Может достать м.презерватив	Женщины: Количество	Мужчины: Прошел обрезание	Мужчины: Знает источник м.презерватива	Мужчины: Может достать м.презерватив	Мужчины: Количество
Возраст							
15-19	11.2	2.0	1,091	94.5	32.2	21.3	380
20-24	29.5	11.3	1,049	97.8	56.4	46.6	388
25-29	44.2	23.4	809	97.4	69.8	60.1	399
30-39	50.0	25.6	1,421	98.5	75.4	64.2	550
40-49	42.1	21.7	1,092	94.3	70.3	55.7	423
50-59	Нп	Нп	0	94.0	54.4	39.5	193
Семейное положение							
Никогда не состоял(а) в браке	15.1	3.3	1,421	95.2	43.8	33.1	692
В браке или сожительствует	42.0	21.5	3,720	97.3	68.8	57.1	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	57.2	26.3	322	84.2	80.4	59.1	40
В браке или сожительствует	42.0	21.5	3,720	97.3	68.8	57.1	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	57.2	26.3	322	84.2	80.4	59.1	40
Место жительства							
Город	53.5	25.9	2,175	91.9	75.7	63.8	916
Село	24.2	11.1	3,288	99.4	52.5	41.1	1,417
Регион							
Западный	39.2	17.5	699	99.1	49.0	39.4	314
Центральный	38.3	19.8	1,311	97.5	56.8	49.6	510
Восточно-Центральный	38.0	18.0	1,431	98.1	65.1	55.2	646
Восточный	21.7	11.2	1,518	98.0	60.3	43.8	665
Город Ташкент	61.7	23.9	503	78.9	87.1	71.7	198
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	39.8	15.8	387	98.5	50.9	43.2	185
Ферганская Область	16.9	9.7	632	99.2	46.8	43.0	259
Образование							
Начальное/неполное среднее	18.3	5.6	578	96.9	36.7	21.0	188
Среднее	28.4	12.8	3,189	97.1	56.8	44.8	1,311
Среднее специальное	50.4	25.7	1,122	95.8	67.6	54.3	470
Высшее	66.4	35.1	574	94.5	84.0	78.0	364
Всего	35.9	17.0	5,463	96.4	61.6	50.0	2,333

Нп = Не применим

Похожие тенденции становятся очевидными при анализе ответов относительно возможности приобретения презерватива, но с одним исключением: состоящие в браке на настоящий момент и ранее состоявшие в браке женщины и мужчины, отвечают на данный вопрос на одном уровне. В общем, только половина женщин, осведомленных о месте приобретения презерватива, сказали, что они, при желании, смогут его приобрести (17 процентов всех женщин). В противовес, большинство мужчин, знающих о месте приобретения презерватива, сообщили, что при желании, они смогли бы его приобрести (50 процентов всех мужчин).

По результатам данного исследования невозможно определить разницу между реальной доступностью презервативов и знанием локальных мест для приобретения презервативов. Значительно более низкие проценты мужчин и женщин из сельской местности и из регионов, отличных от Ташкента, осведомлены об источнике приобретения и верят, что они могут приобрести презерватив. Это может являться индикатором реальной проблемы недоступности презервативов, на которую следует обратить внимание программам по распространению презервативов. Очень низкий процент женщин, дающих положительный ответ на данный вопрос, может указывать на культурные воззрения о том, что инициатива использования презерватива должна исходить от мужчины. Образовательные программы и материалы в области здоровья должны включать в себя призыв к женщинам проявлять активность и предлагать использование презерватива с сексуальными партнерами, в целях защиты своего собственного здоровья.

11.1.3 Использование презерватива в зависимости от типа партнера

В Таблице 11.4 представлены данные об использовании презерватива во время последнего полового акта, в зависимости от типа партнера. В целом, использование презервативов с супругой/ом или другим постоянным партнером во время последнего полового акта, находится на достаточно низком уровне, как среди мужчин, так и среди женщин (2 процента и 1 процент, соответственно). Уровень недавнего использования презерватива среди женщин с последним партнером, с которым они не состоят в браке или не проживают, находится на уровне 27 процентов. Уровень использования презерватива среди мужчин с последним партнером, с которыми они не состоят в браке или не проживают совместно, находится на уровне 39 процентов. Наиболее образованные мужчины, чаще остальных мужчин сообщают об использовании презерватива с подобными партнерами.

Таблица 11.4 Использование презерватива в зависимости от типа партнера: женщины и мужчины

Среди женщин и мужчин, которые состояли в половых отношениях в течение последних 12 месяцев, процент использовавших презерватива во время последнего полового акта с супругом(ой) или другим постоянным(ой) сожительствующим(ой) партнером/шей, с непроживающим(ой) партнером/шей, и с любым партнером/шей, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

	Женщины						Мужчины					
	Супруг или сожитель		Не сожитель-ствующий партнер		Любой партнер		Супруга или сожительница		Не сожительствующий партнер		Любой партнер	
Социально-биологические факторы	Про-цент	Количво женщин	Про-цент	Количво женщин	Про-цент	Количво Жен-щин	Про-цент	Количво мужчин	Про-цент	Количво мужчин	Про-цент	Количво мужчин
Возраст												
15-19	1.3	76	*	1	1.3	77	*	5	(56.1)	27	(43.6)	30
20-24	1.8	699	*	10	2.6	708	0.4	128	47.8	72	14.0	188
25-29	2.0	715	*	14	2.9	728	1.3	338	16.2	37	2.8	355
30-39	3.2	1,268	*	25	3.4	1,291	0.4	525	44.1	44	0.9	536
40-49	2.1	929	*	14	2.1	942	0.1	406	(24.5)	26	1.0	417
50-59	Нп	0	Нп	0	Нп	0	1.5	184	*	9	2.8	190
Семейное положение												
Никогда не состоял(а) в браке	Нп	0	*	11	*	11	*	0	43.2	96	43.1	97
В браке или сожитель-ствует	2.2	3,651	*	18	2.2	3,665	0.5	1,580	37.7	95	0.8	1,592
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	19.8	36	(24.6)	35	22.1	71	*	6	(28.9)	23	(30.4)	29
Место жительства												
Город	4.2	1,416	28.6	60	5.2	1,472	1.2	595	38.3	135	6.0	686
Село	1.2	2,271		3	1.2	2,274	0.4	991	40.8	80	2.2	1,031
Регион												
Западный	1.2	445		3	1.3	448	0.0	198	(5.5)	23	0.0	209
Центральный	1.5	884		22	1.7	906	0.0	353	(30.8)	69	2.7	388
Восточно-Центральный	3.0	977		13	3.3	988	2.0	448	(59.6)	65	6.6	489
Восточный	1.9	1,069		3	1.9	1,072	0.0	470	*	19	1.1	485
Город Ташкент	6.1	312	(47.3)	23	8.9	333	1.5	118	45.0	38	10.4	146
Регионы расширенной выборки												
Каракалпакстан	1.2	238		2	1.5	240	0.0	113	*	11	0.0	119
Ферганская Область	1.5	468		0	1.5	468	0.0	203	*	2	0.0	205
Образование												
Начальное/неполное среднее	0.5	312		4	0.5	316	0.0	91	*	8	0.4	95
Среднее	1.9	2,213	(34.1)	32	2.4	2,245	0.9	874	34.5	107	3.5	943
Среднее специальное	3.8	765		17	4.0	779	0.1	315	46.0	47	3.8	344
Высшее	3.7	397		10	4.7	406	0.9	306	47.0	53	5.1	335
Всего	2.4	3,687	27.0	63	2.8	3,747	0.7	1,586	39.2	214	3.7	1,717

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Нп = Не применим

Проценты неженатых мужчин и незамужних женщин, сообщающих о недавних половых контактах, значительно выше среди ранее состоявших в браке, в сравнении с теми, кто в браке никогда не состоял, и этот процент растет с возрастом. В данных условиях, достаточно низкие показатели использования презерватива с последним непостоянным партнером или непостоянной партнершей (а именно 25 процентов среди женщин и 29 процентов среди мужчин, ранее состоявших в браке), предполагает необходимость фокусирования программ по пропаганде презервативов на эту группу потенциально высокого риска.

Всем взрослым мужчинам, когда-либо вступавшим в половые отношения, был задан вопрос о том, платили ли они когда-либо за секс, и при положительном ответе, их спрашивали, как давно это произошло (Таблица 11.5). Приблизительно три процента, когда-либо занимавшихся

сексом мужчин сообщили, что платили за секс в течение последних 12 месяцев. Общий уровень использования презерватива за последний год, с последним платным партнером, составил 41 процент.

Городские и более образованные мужчины, как женатые, так и неженатые, наиболее часто сообщали о недавних (в течение последних 12 месяцев) сексуальных отношениях с партнерами вне брака, или совместного проживания. Это соответствует тенденциям, наблюдаемым в других странах. Этим мужчинам свойственно наличие "лишних денег", которые могут использоваться для приобретения сексуальных услуг напрямую, от сексуальных работников, или косвенно, через покупку подарков и развлечений во время свиданий. В то время, как мужчины с более высоким образованием, чаще, чем остальные мужчины, сообщают об использовании презерватива во время последнего полового акта с непостоянной партнершей, доля этих мужчин составляет менее половины, что говорит о необходимости повышения осведомленности о рисках БППП, и эффективности снижения риска инфицирования при помощи постоянного использования презерватива.

Таблица 11.5 Коммерческий секс и использование презерватива: мужчины

Среди состоявших когда-либо в половых отношения мужчин, процент плативших за секс в течение последних 12 месяцев и процент тех, кто использовал презерватив во время последнего платного полового акта, Узбекистан 2002

	Мужчины когда-либо имевшие секс		Мужчины платившие за секс в последние 12 месяцев	
	Процент плативших за секс	Количество мужчин	Процент использовавших презерватив в последний платный секс	Количество мужчин
Всего	3.4	1,773	41.0	60

11.2 ЗНАНИЕ О ВИЧ/СПИДЕ И ПРЕДОХРАНЕНИИ ОТ ИНФЕКЦИИ ВИЧ

В ИЗНУ 2002 было включен ряд вопросов для оценки уровня осведомленности о способах передачи ВИЧ-инфекции и защиты от этого, приемлимость распространяемой информации относительно ВИЧ/СПИДа, интерес или опыт тестирования на наличие ВИЧ-инфекции, и подобные темы. Собранная в результате проведения исследования информация может быть полезной государственным и негосударственным организациям при планировании эффективных стратегий по борьбе с ростом уровня ВИЧ-инфицирования.

11.2.1 Осведомленность о СПИДе и знание о путях трансмиссии ВИЧ и защиты от инфицирования

Мужчинам и женщинам задавался вопрос о том, слышали ли они про такое заболевание, как СПИД. По данным Таблицы 11.6, общая осведомленность о СПИДе высока, 90 процентов для женщин и 95 процентов для мужчин. Незначительна разница по возрастным группам, семейному положению, месту проживания и регионам. Тем не менее, наблюдается повышение уровня осведомленности в зависимости от уровня образования, от 77 до 99 процентов среди женщин и от 86 до 99 процентов среди мужчин, соответственно с самого низкого до самого высокого уровня образования.

Таблица 11.6 Знание СПИДа: женщины и мужчины

Процент женщин и мужчин, которые слышали о СПИДе, и которые верят, что существует способ избежания ВИЧ/СПИДа, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины: Слышали о СПИДе	Женщины: Верят, что есть путь избежания СПИДа	Женщины: Количество женщин	Мужчины: Слышали о СПИДе	Мужчины: Верят, что есть путь избежания СПИДа	Мужчины: Количество мужчин
Возраст						
15-19	84.4	55.4	1,091	89.4	66.8	380
20-24	88.7	66.8	1,049	93.0	77.6	388
25-29	93.6	74.7	809	96.3	83.6	399
30-39	93.4	74.8	1,421	96.1	84.4	550
40-49	90.5	72.1	1,092	95.7	86.0	423
50-59	Нп	Нп	0	97.0	81.5	193
Семейное положение						
Никогда не состоял(а) в браке	85.7	59.3	1,421	92.1	70.7	692
Имел(а) половые отношения	94.4	83.3	17	98.7	90.1	132
Не имел(а) половые отношения	85.6	59.0	1,404	90.5	66.1	560
В браке или сожительствует	91.9	72.1	3,720	95.5	84.5	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	90.1	73.3	322	98.4	79.1	40
Место жительства						
Город	93.5	73.5	2,175	95.8	80.6	916
Село	87.9	65.8	3,288	93.7	80.1	1,417
Регион						
Западный	93.0	74.3	699	95.5	89.2	314
Центральный	93.6	74.1	1,311	96.4	87.8	510
Восточно-Центральный	82.8	66.8	1,431	95.4	82.0	646
Восточный	89.7	62.2	1,518	90.4	68.3	665
Город Ташкент	99.3	73.4	503	99.4	81.5	198
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	90.1	60.4	387	93.7	86.7	185
Ферганская Область	93.3	70.7	632	83.9	73.3	259
Образование						
Начальное/неполное среднее	77.0	48.2	578	85.5	68.0	188
Среднее	88.6	64.6	3,189	94.5	76.6	1,311
Среднее специальное	96.7	82.6	1,122	94.9	84.9	470
Высшее	99.2	86.3	574	98.7	94.0	364
Всего	90.1	68.8	5,463	94.5	80.3	2,333

Нп = Не применим

Информированных о СПИДе затем спросили о том, может ли лицо предпринять какие-либо меры для предотвращения заражения ВИЧ инфекцией или СПИДом. В целом, 69 процентов всех женщин и 80 процентов всех мужчин убеждены, что существует способ защиты от инфицирования. В отличие от вопроса про информированность о СПИДе, в ответах на данный вопрос существует значительная разница по социально-биологическим характеристикам. Женщины и мужчины в самой молодой возрастной группе (15-19 лет) менее склонны верить в возможность избежания заражения ВИЧ-инфекцией, чем более взрослые респонденты. Никогда не женатые, никогда не состоявшие в сексуальных отношениях респонденты, также менее склонны верить в возможность избежания заражения ВИЧ-инфекцией, по сравнению с респондентами, когда-либо состоявшими в браке.

Далее, лиц, которые верили в возможность избежания ВИЧ-инфекции, спросили без подсказки перечислить способы избежания ВИЧ-инфекции. Малый процент респондентов не смогли спонтанно ответить на данный вопрос. Рисунок 11.1 демонстрирует процент женщин и мужчин правильно назвавших пути избежания ВИЧ инфекции. Что касается ABC защиты от ВИЧ, 24 процента женщин и 29 процентов мужчин назвали "воздержание", 33 процента женщин и 24 процента мужчин указали или "хранение верности" одному партнеру, или "ограничение количества партнеров", и 13 процентов женщин и 27 процентов мужчин указали "использование презерватива" в качестве способов предохранения от ВИЧ-инфекции. Мужчины чаще женщин называли избежание секса с сексуальными работницами (53 процента против 19 процентов), и мужчины в два раза чаще называли избежание секса с потребителями внутривенных наркотиков (22 процента против 10 процентов). Редко указывались следущие ошибочные понятия о защите от инфицирования ВИЧ: избежание поцелуев, избежание укусов комаров, и обращение к народным целителям.

***Рисунок 11.1* Процент женщин и мужчин, указавших конкретные правильные пути избежания ВИЧ/СПИДа**



Следуя за спонтанными ответами, респондентов спросили о конкретных правильных и неправильных способах передачи ВИЧ-инфекции. В таблице 11.7, ответы на спонтанные и неспонтанные вопросы сгруппированны для 3 стратегически важных компонентов ABC: Воздержание от секса (только спонтанный), Хранение верности/ограничение количества партнеров, и Использование презервативов.

Сорок-девять процентов женщин и 65 процентов мужчин могли определить 2 или 3 компонента из трех ABC, в то время как 34 процента женщин и 22 процента мужчин не назвали ни одного. Среди женщин и мужчин, "более высокий уровень осведомленности" ABC (а именно знали 2 или 3) ассоциировал с увеличением возраста и уровнем образования. Не состоящие в браке люди, кто не имел сексуального опыта, значительно реже могли назвать 2 или 3 из этих пути, чем респонденты с сексуальным опытом. Городские жители имели "более высокий уровень осведомленности", чем их сельские сограждане. По регионам, процент респондентов случшими знаниями, для женщин варьировал от 38 процентов в Восточном регионе до 69 процентов в Ташкенте для женщин, и для мужчин от 55 процентов в Восточном регионе до 77 процентов в Ташкенте и Западном регионе.

Таблица 11.7 Знаниепрограммных путей избежания заражения ВИЧ/СПИДом: женщины и мужчины

Процентное распределение женщин и мужчин по знанию трех программатически важных путей избежания ВИЧ/СПИДа, и процент женщин и мужчин, знающих 2 конкретных способа избежания ВИЧ/СПИД, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

	Женщины							Мужчины						
	Знание путей избежания ВИЧ/СПИДа				Конкретные способы избежания ВИЧ/СПИДа			Знание путей избежания ВИЧ/СПИДа				Конкретные способы избежания ВИЧ/СПИДа		
Социально-биологические факторы	Никакие	Один путь	Два или три пути	Всего	Использование презерватива	Ограничение кол-ва секс. партнеров	Количество женщин	Никакие	Один путь	Два или три пути	Всего	Использование презерватива	Ограничение кол-ва секс. партнеров	Количество мужчин
Возраст														
15-19	53.2	19.7	26.9	100.0	20.0	39.8	1,091	38.1	18.6	43.2	100.0	43.7	47.6	380
20-24	35.6	20.4	43.9	100.0	38.1	59.4	1,049	26.5	15.2	58.3	100.0	60.5	63.1	388
25-29	26.5	16.4	57.1	100.0	50.9	68.5	809	18.8	7.1	74.1	100.0	72.1	76.2	399
30-39	26.7	13.3	60.0	100.0	54.3	69.5	1,421	17.3	11.5	71.2	100.0	70.1	75.5	550
40-49	28.9	17.5	53.6	100.0	48.8	67.4	1,092	14.7	11.3	74.1	100.0	73.1	78.1	423
50-59	Нп	Нп	Нп	0.0	Нп	Нп	0	19.4	14.8	65.7	100.0	64.2	71.4	193
Семейное положение														
Никогда не состоял(а) в браке	48.0	21.1	30.8	100.0	24.3	44.5	1,421	33.8	16.6	49.5	100.0	50.6	53.9	692
Имел(а) половые отношения	6.6	0.0	83.9	100.0	81.7	83.9	17	12.2	16.5	71.3	100.0	82.2	66.6	132
Не имел(а) половые отношения	48.6	21.3	30.1	100.0	23.5	44.0	1,404	39.0	16.6	44.4	100.0	43.2	50.9	560
В браке или сожительствует	29.4	16.1	54.5	100.0	48.3	67.0	3,720	17.2	11.1	71.8	100.0	70.6	75.7	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	27.4	13.1	59.5	100.0	59.4	65.2	322	20.9	13.4	65.7	100.0	66.5	69.6	40
Место жительства														
Город	28.5	11.1	60.3	100.0	56.3	66.9	2,175	20.5	9.6	69.8	100.0	71.8	71.0	916
Село	37.8	21.3	40.8	100.0	33.8	57.2	3,288	23.2	14.8	62.0	100.0	60.0	67.9	1,417
Регион														
Западный	26.7	11.8	61.6	100.0	45.2	69.2	699	12.7	10.2	77.1	100.0	74.5	84.7	314
Центральный	29.8	23.0	47.2	100.0	38.1	66.2	1,311	17.2	18.5	64.3	100.0	71.3	53.9	510
Восточно-Центральный	36.9	15.5	47.5	100.0	45.8	57.6	1,431	21.1	12.8	66.1	100.0	60.0	75.7	646
Восточный	41.0	21.0	38.0	100.0	34.6	52.9	1,518	32.6	12.1	55.3	100.0	55.6	66.1	665
Город Ташкент	26.9	3.8	69.3	100.0	67.1	70.6	503	18.5	4.3	77.1	100.0	77.3	72.4	198
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	40.6	6.8	52.6	100.0	42.7	55.4	387	15.0	6.9	78.1	100.0	75.9	81.5	185
Ферганская Область	31.3	27.9	40.8	100.0	35.9	63.4	632	27.1	13.5	59.4	100.0	59.3	72.6	259
Образование														
Начальное/неполное среднее	55.6	18.9	25.5	100.0	21.0	40.5	578	36.2	12.0	51.8	100.0	44.3	54.6	188
Среднее	38.7	18.9	42.3	100.0	35.5	56.4	3,189	26.3	14.4	59.3	100.0	59.1	64.0	1,311
Среднее специальное	19.7	15.9	64.4	100.0	58.8	74.5	1,122	17.2	12.9	69.9	100.0	70.8	75.0	470
Высшее	14.9	9.1	75.9	100.0	73.0	81.0	574	6.4	7.0	86.5	100.0	86.9	87.6	364
Всего	34.1	17.2	48.6	100.0	42.7	61.0	5,463	22.2	12.8	65.1	100.0	64.6	69.1	2,333

Нп = Не применим

Анализ ответов в зависимости от социально-биологических характеристик, показывает четкое соответствие вышеописанным тенденциям для лучших знаний об ABC. Как для женщин, так и для мужчин, процент указывающих на использование презервативов или хранение верности/ограничение количества партнеров в качестве способов защиты, увеличивается с возрастом и уровнем образования, значительно ниже для тех, кто никогда не состоял в браке и не имел сексуальных отношений, и выше среди городских жителей, по сравнению с сельскими жителями. На использование презервативов чаще указывали женщины и мужчины из Ташкента, и менее часто жители Восточного региона. Подобный характер ответов только среди женщин наблюдался относительно категории хранения верности/ограничения количества партнеров.

В Узбекистане, где количество сообщений о новых случаях инфицирования ВИЧ увеличиваются с огромной скоростью, общая осведомленность о СПИДе высока. Собранные в ИЗНУ 2002 данные выявленное из ответов на спонтанные или не спонтанные вопросы, говорят о том, что знание относительно предупреждения инфицирования ВИЧ через стратегию ABC,

“воздержание”, “хранение верности/ограничение количества партнеров”, и “использование презервативов”, не достаточно распространено в определенных под-группах, особенно среди подростков и молодых людей (до 25 лет), людей с самым низким уровнем формального образования (ниже среднего), и лиц без сексуального опыта никогда не состоявших в браке. Женщины из сельской местности и из Восточного региона также реже знали об этих методах. Учитывая тот факт, что приблизительно 70 процентов новых случаев инфицирования происходят в результате приема внутривенных наркотиков, следует отметить, что достаточно мало респондентов спонтанно указали такие методы, как избегание инъекций (10 процентов женщин и 22 процента мужчин), и половых отношений с теми, кто принимает наркотики (10 процентов женщин и 7 процентов мужчин) в качестве стратегии избежания ВИЧ инфицирования.

11.2.2 Знание основных концепций по просвещению и предохранению ВИЧ

Образовательные материалы в области здоровья и кампании в средствах массовой информации пропагандирующие защиту от ВИЧ, составлены с фокусом на основные концепции. Оценка уровня правильного знания некоторых из этих важных концепций среди взрослых, знающих о ВИЧ/СПИД, была проведена в ИЗНУ 2002.

Респондентам задавался вопрос о том, может ли человек, выглядящий здоровым, быть инфицированным ВИЧ/СПИД. Эта концепция связана с наличием продолжительного латентного периода между первоначальным заражением ВИЧ и явным проявлением СПИДа. Как показано в Таблице 11.8, шестьдесят два процента женщин и семьдесят процентов мужчин согласились с данным высказыванием. В то время, как процент согласившихся повышается с возрастом, только половина молодых людей 15-19 лет знают о данном факте. Никогда не состоявшие в браке и не имевшие сексуальных отношений респонденты, менее склонны знать об этой концепции, чем респонденты с сексуальным опытом, также как и люди из сельской местности, по сравнению с городскими жителями. Уровень информированности растет при повышении уровня образования, удваиваясь у женщин с 43 процентов до 86 процентов с самого низкого уровня образования, до самого высокого, и с 62 до 85 процентов среди мужчин.

Далее, респондентов спросили может ли вирус СПИДа передаваться от матери к ребенку. Тех, кто ответил “Да” далее спросили о трансмисси во время беременности, родов и кормления грудью. Знание о трансмиссии от матери к ребенку находится на высоком уровне 78 процентов для женщин и 79 процентов среди мужчин. Несмотря на это, как мужчины, так и женщины, реже знали о возможности трансмиссии ВИЧ во время родов или кормления грудью, по сравнению с беременностью. Правильные знания всех трех путей увеличивается с возрастом и уровнем образования. Подростки 15-19 лет и молодые люди 20-24 лет, также как и люди с образованием ниже среднего, особенно мало знали о трансмиссии во время родов и кормления грудью, по сравнению с остальными группами. Сексуально-опытные женщины и мужчины чаще сексуально-неопытных, а именно никогда не состоявших в браке и не имевших половых отношений, знали о всех трех путях. Жители городской местности более осведомлены о трансмиссии во время родов, чем респонденты в сельских поселениях.

Таблица 11.8 Знания по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом: женщины и мужчины

Процент женщин и мужчин, давших конкретные ответы на вопросы относительно различных аспектов, связанных с ВИЧ/СПИДом, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины: Процент говорящих, что человек выглядящий здоровым может быть болен СПИДом	Женщины: Процент говорящих, что СПИД может передаваться от матери ребенку	Женщины: Когда вирус СПИДа передается от матери ребенку: Во время родов	Во время беременности	Через кормление грудью	Количество	Мужчины: Процент говорящих, что человек выглядящий здоровым может быть болен СПИДом	Мужчины: Процент говорящих, что СПИД может передаваться от матери ребенку	Мужчины: Когда вирус СПИДа передается от матери ребенку: Во время родов	Во время беременности	Через кормление грудью	Количество
Возраст												
15-19	50.0	62.5	39.8	57.7	46.0	1,091	51.8	59.7	36.1	53.4	38.9	380
20-24	59.5	78.0	57.6	73.1	59.0	1,049	63.1	74.5	49.5	69.1	51.4	388
25-29	63.1	84.0	67.0	81.1	68.2	809	71.7	84.7	60.6	80.2	58.3	399
30-39	71.1	82.5	63.6	80.0	63.9	1,421	77.7	85.6	61.6	81.7	56.6	550
40-49	65.9	81.1	63.2	78.6	63.2	1,092	75.4	85.2	61.5	81.7	56.2	423
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	81.3	86.1	63.5	80.2	60.2	193
Семейное положение												
Никогда не состоял(а) в браке	52.0	66.4	43.2	60.8	47.7	1,421	58.4	66.8	42.8	61.1	44.7	692
Имел(а) половые отношения	79.6	82.8	70.1	82.8	56.6	17	75.5	75.8	50.6	71.2	48.5	132
Не имел(а) половые отношения	51.7	66.2	42.9	60.5	47.6	1,404	54.3	64.7	40.9	58.7	43.8	560
В браке или сожительствует	65.8	81.7	63.1	78.9	64.5	3,720	74.8	84.6	60.9	80.4	56.9	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	70.0	79.4	66.7	78.0	61.1	322	73.4	85.9	55.5	79.8	62.1	40
Место жительства												
Город	70.7	80.9	65.0	77.6	59.8	2,175	72.0	79.8	61.8	75.9	52.5	916
Село	57.0	75.4	53.5	71.8	59.9	3,288	68.6	79.1	51.3	73.8	53.9	1,417
Регион												
Западный	70.3	79.6	66.1	75.9	72.9	699	71.1	79.0	64.3	74.4	67.5	314
Центральный	65.5	83.6	61.7	78.4	68.8	1,311	79.2	82.7	60.4	75.7	69.9	510
Восточно-Центральный	61.0	68.6	49.4	65.1	42.0	1,431	69.9	80.3	38.3	77.2	37.0	646
Восточный	55.2	81.1	55.5	78.6	65.5	1,518	64.4	78.0	62.3	72.6	46.6	665
Город Ташкент	69.4	74.1	70.3	72.8	52.8	503	62.6	72.5	61.3	70.6	64.5	198
Регионы расширенной выборки												
Каракалпакстан	71.9	78.2	71.0	73.8	72.7	387	77.9	80.8	70.3	76.4	70.4	185
Ферганская Область	60.9	87.7	61.0	85.9	69.2	632	58.5	71.3	54.6	70.0	48.9	259
Образование												
Начальное/неполное среднее	42.6	61.6	41.1	57.2	46.1	578	62.2	74.5	50.6	69.9	48.5	188
Среднее	57.4	75.0	54.6	71.4	59.6	3,189	64.9	76.0	52.3	70.9	52.2	1,311
Среднее специальное	75.2	86.6	69.7	83.5	65.2	1,122	75.0	81.6	58.6	75.4	59.2	470
Высшее	85.7	90.3	71.8	88.0	64.9	574	85.3	91.0	65.0	89.4	52.4	364
Всего	62.4	77.6	58.1	74.1	59.9	5,463	69.9	79.4	55.4	74.6	53.4	2,333

Нп = Не применим

Одной из основных концепций является рекоменданция людям, состоящим в стабильных сексуальных отношениях (в браке или нет), открыто обсуждать практику более безопасного секса со своими партнерами, говоря о ВИЧ и других БППП, и мерах их предупреждения. В ИЗНУ 2002, состоящих в браке или проживающих с партнером/шей респондентов, которые знали о существовании СПИДа, спросили о том, обсуждали ли они когда-либо со своими партнерами способы предохранения от заражения вирусом. Результаты показаны в Таблице 11.9. Шестьдесят процентов замужних или проживающих с партнером женщин, никогда с ним не обсуждали предохранение от инфекции ВИЧ; и дополнительные 8 процентов никогда не слышали о болезни

СПИД. Процент женщин, сообщивших о том, что они обсуждали со своим партнером методы защиты от ВИЧ, значительно растет с образованием, утраиваясь с 16 до 48 процентов. Семьдесят процентов женатых или проживающих с партнершей мужчин, обсуждали методы защиты от ВИЧ со своей партнершей, и другие 5 процентов никогда не слышали о СПИДе. Доля мужчин, сообщивших о том, что они обсуждали защиту от ВИЧ, не различается значительно по возрасту, уровню образования, месту жительства и региону.

Более высокий возраст и уровень образования и предыдущий сексуальный опыт-все эти показатели связаны с более высоким уровнем осведомленности о двух основных образовательных концепциях относительно ВИЧ, а именно о том, что ВИЧ инфицированный человек может выглядеть здоровым, и что инфекция ВИЧ может передаваться от матери к ребенку. Третья основная концепция заключатся в открытом обсуждении ВИЧ и других БППП, и путей защиты от данных инфекций, с сексуальным партнером/шей. В то время как большинство женщин и мужчин в стабильных сексуальных отношениях знают о СПИДе, большинство не обсуждали со своими партнерами пути защиты от инфицирования (60 процентов женщин и 70 процентов мужчин). Как городские, так и сельские жители редко обсуждали данную тему.

Таблица 11.9 Обсуждение ВИЧ/СПИДа с партнером/шей: женщины и мужчины

Процентное распределение женщин и мужчин, состоящих в браке или проживающих с партнером/шей, по тому, обсуждали ли они защиту от ВИЧ/СПИДа со своим супругом/партнером, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины						Мужчины				
	Когда-либо обсуждали защиту от ВИЧ/СПИДа	Никогда не обсуждали защиту от ВИЧ/СПИДа	Не знает/ пропущено	Не слышали о ВИЧ/СПИДе	Всего	Количество	Когда-либо обсуждали защиту от ВИЧ/СПИДа	Никогда не обсуждали защиту от ВИЧ/СПИДа	Не слышали о ВИЧ/СПИДе	Всего	Количество
Возраст											
15-19	27.5	60.4	0.0	12.1	100.0	76	*	*	*	*	5
20-24	23.6	65.4	0.3	10.6	100.0	696	19.2	70.3	10.5	100.0	128
25-29	33.2	60.1	0.0	6.7	100.0	726	20.9	75.1	4.0	100.0	340
30-39	35.1	58.4	0.4	6.1	100.0	1,271	28.4	67.6	4.0	100.0	531
40-49	33.1	57.1	0.0	9.7	100.0	950	28.1	67.4	4.4	100.0	410
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	0.0	0	21.5	75.4	3.1	100.0	186
Место жительства											
Город	33.1	61.7	0.2	5.0	100.0	1,434	24.9	72.0	3.1	100.0	604
Село	31.2	58.5	0.2	10.1	100.0	2,286	25.4	69.2	5.3	100.0	996
Регион											
Западный	37.0	57.1	0.1	5.9	100.0	446	19.9	77.9	2.2	100.0	198
Центральный	30.9	64.0	0.1	4.9	100.0	889	20.4	75.7	4.0	100.0	358
Восточно-Центральный	27.1	58.1	0.4	14.4	100.0	999	23.6	72.5	3.9	100.0	450
Восточный	36.0	55.8	0.2	8.1	100.0	1,082	31.5	61.1	7.4	100.0	475
Город Ташкент	28.9	70.7	0.0	0.4	100.0	304	29.9	69.4	0.7	100.0	119
Регионы расшир енной выборки											
Каракалпакстан	27.8	63.6	0.1	8.4	100.0	238	13.5	82.7	3.8	100.0	113
Ферганская Область	42.6	51.2	0.4	5.8	100.0	471	41.2	45.5	13.3	100.0	203
Образование											
Начальное/неполное среднее	16.2	66.1	0.0	17.7	100.0	316	27.8	59.9	12.3	100.0	94
Среднее	28.7	61.3	0.2	9.8	100.0	2,234	22.2	73.0	4.8	100.0	877
Среднее специальное	39.3	57.6	0.3	2.9	100.0	771	23.0	72.8	4.2	100.0	320
Высшее	48.4	50.3	0.2	1.0	100.0	399	35.4	63.1	1.5	100.0	309
Всего	31.9	59.8	0.2	8.1	100.0	3,720	25.2	70.3	4.5	100.0	1,600

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться

Нп = Не применим

11.2.3 Социальные аспекты СПИДа, и защиты от ВИЧ

Успех кампаний по защите от ВИЧ и образовательные метериалы, направленные на оказание влияния на поведение и принятие решений избранных групп, могут быть модифицированы в зависимости от того, насколько сильна в обществе стигматизация людей

инфицированных ВИЧ или больных СПИДом. Стигматизация происходит из-за ассоциации ВИЧ и СПИДа с беспорядочными половыми связями и с такими маргинальными группами населения, как наркоманы, принимающие внутривенные наркотики, сексуальные работники и гомосексуалисты. Важно оценить отношение молодых людей к сексуальному поведению и сексуальному образованию при планировании образовательной информации для молодежи, которая еще не начала половую жизнь или находящуюся в процессе инициации половой активности.

В ИЗНУ 2002 были включены вопросы для оценки данных взглядов. Респондентов слышавших о СПИДе, спросили об их мнении относительно приемлимости обсуждения СПИДа по радио, на телевидении и в газетах. Затем им задали гипотетический вопрос: "Если бы член вашей семьи заразился ВИЧ инфекцией, ведущей к заболеванию СПИДом, предпочтете ли Вы держать это в секрете или нет?" В завершениии, их спрашивали, следует ли детям 12-14 лет объяснять, что использование презерватива предотвращает заражение ВИЧ инфекцией.

Слышавшие о СПИДе взрослые в Узбекистане почти единогласно согласились с тем, что радио, телевидение и газеты являются приемлемыми формами обсуждения СПИДа (97-99 процентов; не показано). В противовес, на более персональном уровне, 33 процента женщин и 23 процента мужин не согласны огласить положительный ВИЧ-статус члена семьи, и другие 13 процентов женщин и 6 процентов мужчин были в этом не уверены (Таблица 11.10).

Среди женщин, процент, ответивших отрицательно на открытие ВИЧ положительного статуса члена семьи, не отличался по возрасту, семейному положению, месту проживания или региону, и слегка увеличивался с образованием. Среди мужчин наблюдаются большие вариации ответов. Процент мужчин в группе 50-59 лет, противников разглашения положительного ВИЧ-статуса, на уровне 14 процентов, ниже всех остальных возрастных групп. Городские мужчины, по сравнению с мужчинами из сельской местности, гораздо чаще с этим не соглашались. Особенно заметная разница существует по регионам, от 9 процентов в Западном регионе, до 51 процента в Ташкенте.

Достаточно незначительна оппозиция тому, чтобы учить молодых людей использованию презервативов в рамках предупрждения СПИДа, 19 процентов женщин и 15 процентов мужчин, из тех, кто когда-либо слышал о СПИДе. Тем не менее, высокий процент мужчин и женщин неуверены относительно этого вопроса (39 процентов и 22 процента, соответственно). Процент женщин-противниц объяснения использования презервативов молодым людям, незначительно растет с возрастом и уровнем образования, но не сильно отличается по семейному положению, месту жительства и региону. Что касается мужчин, следует отметить только региональные различия, с вриацией от 8 процентов в Восточном регионе, до 35 процентов в Ташкенте.

Таблица 11.10 Социальные аспекты ВИЧ/СПИДа: женщины и мужчины

Среди женщин и мужчин, слышавших о СПИДе, процент давших конкретные ответы на вопросы относительно социальных аспектов, связанных с ВИЧ/СПИДом, в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

	Женщины							Мужчины						
	Уверены, что статус ВИЧ инфицированного родственника должен храниться в тайне			Верят, что детям 12-14 лет должно объясняться, как использовать презерватив для избежания СПИДа				Уверены, что статус ВИЧ инфицированного родственника должен храниться в тайне			Верят, что детям 12-14 лет должно объясняться, как использовать презерватив для избежания СПИДа			
Социально-биологические факторы	Да	Нет	Не знает	Да	Нет	Не знает	Количество	Да	Нет	Не знает	Да	Нет	Не знает	Количество
Возраст														
15-19	31.0	49.9	19.1	27.2	12.3	60.6	921	27.4	58.0	14.6	52.9	12.8	34.4	339
20-24	32.9	52.1	15.0	41.2	15.2	43.6	931	23.6	69.9	6.4	63.3	14.3	22.4	361
25-29	34.4	56.1	9.5	47.8	19.8	32.4	757	22.8	74.2	3.0	68.2	12.5	19.4	384
30-39	34.5	55.2	10.2	47.3	23.0	29.7	1,327	21.4	73.4	5.3	66.6	16.2	17.3	529
40-49	32.3	56.7	10.9	45.4	21.6	33.1	989	23.3	73.5	3.2	65.8	17.2	17.0	404
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	13.9	82.9	3.2	60.9	16.1	22.9	188
Семейное положение														
Никогда не состоял(а) в браке	31.6	50.0	18.4	30.6	12.7	56.7	1,218	24.4	64.6	11.0	57.2	12.2	30.6	637
Имел(а) половые отношения	44.7	30.1	25.2	95.8	0.0	4.2	16	26.9	69.8	3.3	75.0	10.7	14.3	131
Не имел(а) половые отношения	31.4	50.3	18.3	29.8	12.9	57.3	1,202	23.7	63.2	13.0	52.6	12.6	34.8	507
В браке или сожительствует	33.1	56.0	11.0	45.2	20.5	34.3	3,417	22.0	74.2	3.8	66.3	15.8	17.9	1,528
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	39.6	48.7	11.7	53.9	23.0	23.0	290	21.5	72.7	5.7	62.6	21.4	16.0	40
Место жительства														
Город	37.0	48.1	14.9	52.4	17.5	30.1	2,034	30.2	65.5	4.3	71.4	15.4	13.2	877
Село	30.4	58.3	11.4	34.8	19.6	45.6	2,890	17.7	75.3	7.0	58.4	14.5	27.1	1,328
Регион														
Западный	30.3	59.6	10.1	50.6	11.8	37.5	651	8.6	88.6	2.8	71.2	14.8	14.0	300
Центральный	29.2	62.7	8.1	35.8	16.5	47.7	1,228	17.5	78.3	4.3	75.2	14.5	10.3	491
Восточно-Центральный	29.6	60.2	10.1	45.5	24.8	29.7	1,185	14.5	76.3	9.2	45.2	16.1	38.7	616
Восточный	39.4	46.5	14.1	37.6	18.2	44.2	1,361	33.0	61.0	6.0	70.3	7.5	22.2	601
Город Ташкент	37.3	31.9	30.7	50.5	20.3	29.3	500	51.0	44.4	4.6	60.2	34.8	5.0	197
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	36.7	52.6	10.7	54.8	12.7	32.5	348	7.1	91.9	1.0	83.2	8.7	8.1	174
Ферганская Область	41.3	38.7	19.9	48.4	25.8	25.8	590	69.2	23.3	7.5	88.9	3.4	7.7	218
Образование														
Начальное/неполное среднее	28.9	54.9	16.2	33.9	10.6	55.6	445	17.2	75.0	7.8	52.4	11.8	35.7	160
Среднее	31.4	55.8	12.9	36.5	19.2	44.2	2,824	23.7	69.0	7.2	61.8	14.2	24.0	1,239
Среднее специальное	36.7	50.7	12.6	51.2	18.4	30.4	1,086	21.2	74.3	4.5	65.7	15.9	18.4	446
Высшее	38.0	51.6	10.4	58.6	23.3	18.2	570	23.1	74.4	2.5	72.1	17.2	10.7	360
Всего	33.1	54.1	12.8	42.1	18.7	39.2	4,924	22.7	71.4	5.9	63.6	14.9	21.5	2,205

Нп = Не применим

11.3 БОЛЕЗНИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ[1]

11.3.1 Важность БППП для общественного здоровья

По оценкам Всемирной Организации Здравохранения (WHO) в 1999 году, в Восточной Европе и Центральной Азии было зарегистрировано 22 миллиона новых случаев инфицирования болезнями, передаваемыми половым путем (WHO, 2001). Рост числа заболеваний сифилисом и гонорреей в 1990 годах в Восточной Европе и Содружестве Независимых Государств частично объясняется переменами в сексуальном поведении в результате роста путешествий и миграции, разрушения семей и смены сексуальных нравов (Axmann, 1998). С 1991 по 1997, количество сообщений о сифилисе возросло от 1.9 до 47.3 случаев на 100,000 населения Узбекистана, согласно Министерства Здравоохранения.

Многие БППП могут быть эффективно вылечены при ранней диагностике и лечении. Тем не менее, более серьезные БППП, такие как хламидия, гонорея и сифилис, не диагностируются до развития серъезных проблем со здоровьем, либо по причине того, что инфицированное лицо не проявляет симптомов, или в силу неспецифичности или легкого проявления симптомов на ранних стадиях.

Хламидиоз, гонорея и сифилис являются бактериальными инфекциями. Хламидиоз часто асимптоматичен у женщин и мужчин, но может вызвать патологические выделения из половых путей и жжение при мочеиспускании. Что касается гонореи, у мужчин сначала развиваются такие первичные симптомы, как необычные выделения из пениса или жжение при мочеиспускании. У женщин эти первичные симпотомы могут и не развиваться. Сифилис обычно не распознается, потому что первичный симптом, открытая ссадина или язва обычно безболезненны, спонтанно исчезают, и даже могут быть расположены внутри. Двумя распространеными вирусными инфекциями являются человеческий генитальный папиломовирус и генитальный герпес. Эти инфекции также часто асимптоматичны на ранней стадии инфицирования, но кондиломы или пузырьки могут появится на половых органах или рядом с ними, или в других местах.

Вышеперечисленные БППП могут привести к таким серъезным заболеваниям, как воспалительные заболевания малого таза, бесплодие и, в случае с сифилисом, к смерти. В добавлении, все эти инфекции могут передаваться от матери к ребенку во время беременности или родов, и привести к серъезным проблемам со здоровьем, таким как слепота или проблемы с развитием, и даже к сметри.

Более того, исследования показали, что при сексуальном контакте с ВИЧ инфицированным, лица с БППП заражаются ВИЧ в 2-5 раз чаще неинфицированных. По этой причине, контроль и защита от БППП рассматриваются как основная стратегия предупреждения ВИЧ инфицирования и трансмиссии.

Правильный диагноз и лечение пациентов с симптомами являются основами контроля над БППП. Очевидными является то, что для привлечения внимания системы здравоохранения, человек должен распознать симптом, решить, что симптом достаточно серъезен, и обратиться за лечением. Предотвращение БППП основывается на предоставлении лицам, обращающимся за лечением, индивидуального просвещения в области здоровья, и консультирования относительно информирования партнера. Образовательные программы для населения в прессе и использования системы регистраций заболеваний и программы выявления партнеров, также помогает предотвратить БППП.

[1] В данном разделе, термин БППП относится к болезням, передающимя половым путем, за исключением ВИЧ.

11.3.2 Осведомленность о БППП

Всех проинтервьюированных взрослых спросили, если они когда-либо слышали о других инфекциях, передаваемых половым путем, помимо СПИДа (Таблица 11.11). В целом, 39 процента женщин и 64 процента мужчин осведомленны о БППП, помимо СПИДа. Уровень знаний значительно растет с возрастом и образованием, и выше в городских поселениях, чем в сельских, как у мужчин, так и у женщин. Никогда не состоявшие в браке респонденты, кто никогда не занимался сеском, реже чем остальные, состоящие в другом семейном статусе, слышали о БППП. Во всех регионах, кроме Ташкента, где осведомленность о БППП высока, как среди мужчин, так и среди женщин (около 90 процентов), мужчины в 2 раза более склонны, чем женщины (58-64 процента против 30-38 процентов, соответственно) знать о БППП (Рисунок 11.2).

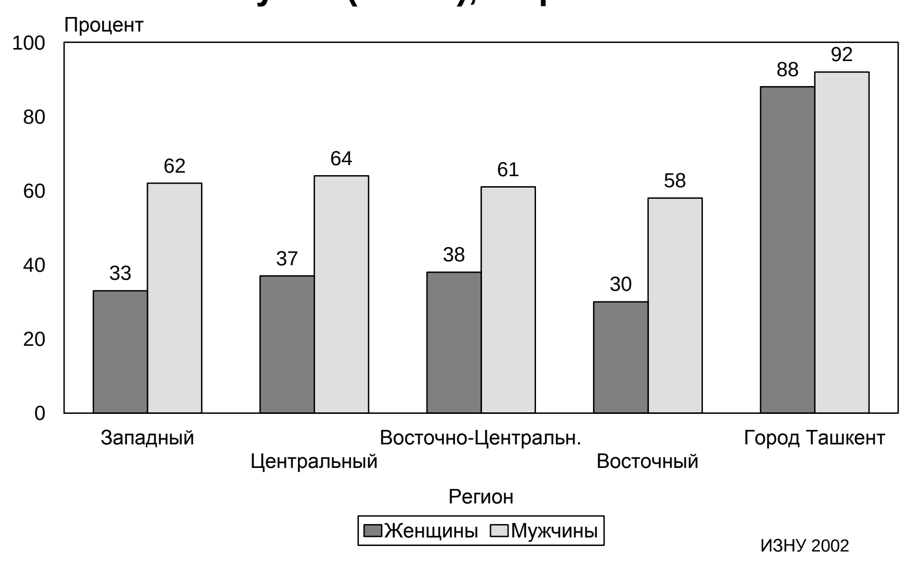
Таблицае 11.11 Информированность о БППП: женщины и мужчины

Процент женщин и мужчин, слышавших о болезнях передающихся половым путем (БППП), в зависимости от социально-биологических характеристик, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины		Мужчины	
	Знает БППП	Количество	Знает БППП	Количество
Возраст				
15-19	20.9	1,091	37.2	380
20-24	31.8	1,049	52.8	388
25-29	43.6	809	66.8	399
30-39	49.1	1,421	72.7	550
40-49	49.3	1,092	78.3	423
50-59	Нп	Нп	74.5	193
Семейное положение				
Никогда не состоял(а) в браке	24.6	1,421	43.4	692
Имел(а) половые отношения	75.1	17	74.5	132
Не имел(а) половые отношения	23.9	1,404	36.1	560
В браке или сожительствует	42.8	3,720	72.0	1,600
В разводе, живет отдельно, вдова(вец)	65.4	322	86.2	40
Место жительства				
Город	55.7	2,175	75.3	916
Село	28.6	3,288	56.3	1,417
Регион				
Западный	33.0	699	62.0	314
Центральный	37.2	1,311	64.4	510
Восточно-Центральный	37.5	1,431	61.4	646
Восточный	29.8	1,518	58.3	665
Город Ташкент	88.1	503	91.5	198
Регионы расширенной выборки				
Каракалпакстан	32.8	387	65.2	185
Ферганская Область	25.2	632	89.7	259
Образование				
Начальное/неполное среднее	21.2	578	41.3	188
Среднее	30.5	3,189	58.6	1,311
Среднее специальное	56.6	1,122	67.6	470
Высшее	73.6	574	89.1	364
Всего	39.4	5,463	63.8	2,333

Нп = Не применим

Рисунок 11.2 Процент женщин и мужчин, осведомленных о болезнях, передаваемых половым путем (БППП), по регионам



Очень важной находкой является более низкий уровень осведомленности среди женщин, по причине того, что женщины более чем мужчины подвержены серьезным последствиям некоторых невылеченных БППП, и также могут передать эти инфекции плоду внутриутробно или ребенку во время родов.

Когда-либо состоявшим в половых отношениях взрослым, был задан вопрос, были ли у них патологические выделения из половых органов или генитальные ссадины или язвы в течение последних 12 месяцев и, если они ответили да, то обращались ли они за медицинской помощью или советом при последнем случае, и куда именно. Как показано в Таблице 11.12, за последние 12 месяцев, 7 процентов сексуально-опытных женщин сообщили о патологических влагалищных выделениях, и 1 процент о генитальной ссадине или язве. За это же время, менее одного процента мужчин сообщили о каком-либо из данных симптомов. Среди женщин, процент с симптомом БППП, выше всего в группах в расцвете репродуктивного возраста 20-39 лет, и выше в Западном и Центральном регионах, по сравнению с другими регионами.

Установлено, что инфицированные БППП женщины, чаще чем мужчины проявляют симптомы инфицирования. Следовательно, малое количество мужчин, сообщивших о недавних, двух наиболее часто встречающихся симптомах БППП, патологическом выделении из половых путей и генитальной ссадине/язве, не должно быть интерпретировано в качестве факта более низкой распространенности БППП у мужчин, по сравнению с женщинами.

Вследствие недостаточного числа мужчин, сообщивших о симптомах БППП за последний год, описание их ответов в данном исследовании не представляется возможным. Среди женщин, только половина обращались за советом или лечением к медицинскому работнику. Использование лекарств для лечения БППП без клинической диагностики не рекомендуется, так как разные БППП имеют одинаковые симптомы, но требуют разные лекарства, и также по причине увеличения анти-микробной резистентности у населения в результате неправильного использования общепринятых антибиотиков.

Таблицае 11.12 Сообщения о болезнях, передающихся половым путем, и симптомах БППП: женщины и мужчины

Среди женщин и мужчин, когда либо имевших секс, процент сообщивших о наличии БППП и/или симптомах БППП в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, в соответствии с социально-биологические факторыами, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент женщин с:					Процент мужчин с:				
	БППП	генитальным выделением	генитальной ссадиной/язвой	БППП/ выделеним/ генитальной ссадиной/язвой	Количество	БППП	генитальным выделением	генитальной ссадиной/язвой	БППП/ выделеним/ генитальной ссадиной/язвой	Количество
Возраст										
15-19	0.0	3.7	0.0	3.7	77	0.0	0.0	0.0	0.0	39
20-24	0.2	7.4	1.2	7.9	733	0.4	0.7	0.0	0.7	203
25-29	0.2	8.3	1.9	8.6	771	0.5	1.7	0.7	1.7	367
30-39	0.4	8.6	1.1	8.9	1,396	0.0	0.0	0.0	0.0	548
40-49	0.2	4.3	0.5	4.3	1,077	0.0	0.2	0.0	0.2	423
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0.0	0.1	0.0	0.1	193
Место жительства										
Город	0.4	7.5	1.1	7.8	1,670	0.1	0.7	0.4	0.7	714
Село	0.2	6.8	1.0	7.0	2,384	0.2	0.3	0.0	0.3	1,059
Регион										
Западный	0.5	11.7	1.6	12.5	484	0.4	0.7	0.0	0.7	219
Центральный	0.0	13.0	2.1	13.3	968	0.0	0.4	0.0	0.4	402
Восточно-Центральный	0.1	3.1	0.4	3.2	1,065	0.4	0.4	0.0	0.4	504
Восточный	0.4	4.6	0.7	4.7	1,145	0.0	0.5	0.5	0.5	497
Город Ташкент	0.7	4.7	0.6	5.0	393	0.0	0.6	0.0	0.6	150
Регионы расширенной выборки										
Каракалпакстан	0.7	16.1	1.2	16.6	264	0.7	1.3	0.0	1.3	122
Ферганская Область	0.9	8.4	1.4	8.7	501	0.0	0.0	0.0	0.0	205
Образование										
Начальное/неполное среднее	0.1	8.3	0.8	8.8	340	0.0	0.0	0.0	0.0	105
Среднее	0.3	6.9	1.2	7.1	2,391	0.2	0.4	0.0	0.4	972
Среднее специальное	0.2	7.2	0.9	7.6	853	0.3	1.3	0.7	1.3	355
Высшее	0.6	6.8	1.2	6.9	469	0.0	0.1	0.0	0.1	340
Всего	0.3	7.1	1.1	7.3	4,054	0.2	0.5	0.1	0.5	1,773

Нп = Не применим

Из 297 женщин с симптомами за последние 12 месяцев, немногим более половины (54 процента) обращались за советом или лечением в какое-либо учреждение во время самого последнего заболевания. Самыми часто называемыми учреждениями были поликлиника или больница (53 процента), и магазин или аптека (30 процента) (Рисунок 11.3). При этих случаях, 69 процента женщин проинформировали своего партнера(ов) про их симптомы, но не немногим более половины (52 процента) не предприняли никаких других действий для защиты своего партнера(ов) от инфекции. Самыми распространенными действиями были принятие лекарства (36 процентов) и воздержание от секса (29 процентов) (Рисунок 11.4). Так как только 9 мужчин сообщили о симптоме, информация об этих случаях не представлена и не обсуждается.

Рисунок 11.3 Процент женщин с симптомами БППП за последние 12 месяцев, по типу источника лечения или совета

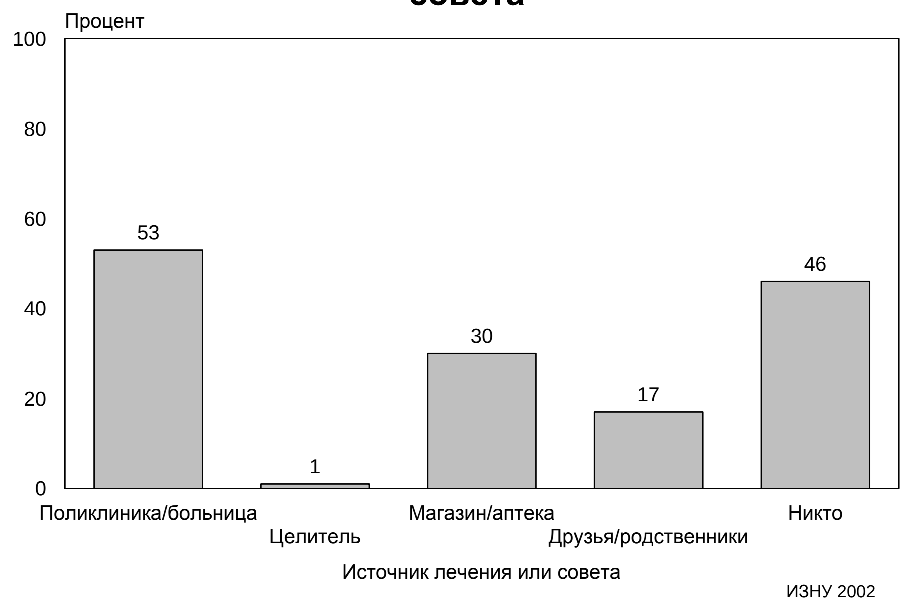
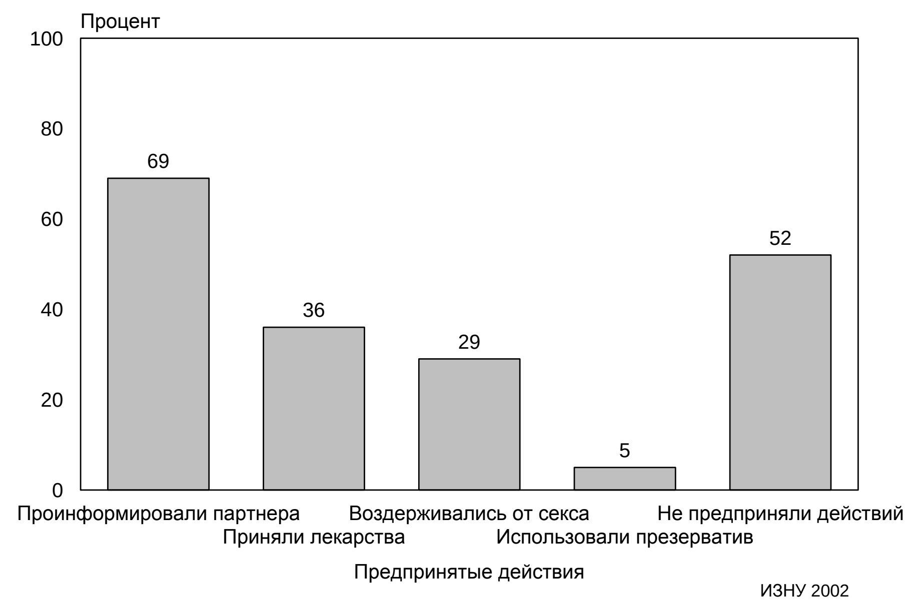


Рисунок 11.4 Процент женщин с симптомами БППП за последние 12 месяцев, и которые предприняли определенные действия



ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРЫ РИСКА 12

Г. Семенова и Р.И.Усманов

Как и в большинстве стран мира, сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смерти в Узбекистане, отвечая за 65 процентов от всех смертей в 2001 году. Кроме того, уровни смертности от сердечно-сосудистых заболеваний различается между мужчинами и женщинами. Стандартизированная по возрасту смертность среди мужчин в 2001 году, превосходила таковую для женщин на 26 процентов (842 против 669 на 100,000). В пределах ограниченного возрастного интервала 0-64 лет, уровень для мужчин был на 70 процентов выше, чем для женщин (243 против 143 per 100,000) (WHO, 2003a).

Одной из задач исследования было предоставление информации по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (гипертония, курение, уровень физической активности и статус питания), основанной на эпидемиологических данных собранных на популяционном уровне, в отличии от клинических данных.

12.1 ГИПЕРТОНИЯ

12.1.1 Процедуры измерения

Женские и Мужские Анкеты для ИЗНУ включали вопросы о том, был ли респонденту когда либо поставлен диагноз гипертонии, и если был, принимал ли он лекарства для контроля кровяного давления. Респондентов также спрашивали, можно ли в качестве части проводимого исследования, измерить их кровяное давление. Среди 5,588 женщин и 2,447 мужчин подлежащих измерению кровяного давления, уровни ответности были 98 процентов и 95 процентов, соответственно.

Женщинские и мужские интервьюеры, врачи и медсестры по образованию, производили измерение кровяного давления. До начала полевых работ, им была предоставлена дополнительная переподготовка по процедуре измерения кровяного давления в неклинических условиях, с использованием ртутного сфигмоманометра[1] и стетоскопа, согласно протокола разработанного организацией Westat Inc. (1993). Два измерения систолического и диастолического давления были произведены, по крайней мере, с 10 минутным интервалом между измерениями.

Второе измерение было использовано для классифицирования лиц в отношении гипертонии, в соответствии с международно-рекомендованными категориями (WHO, 1999b).

Уровень гипертонии	Систолическое (мм.рт.ст)	Диастолическое (мм.рт.ст)
Оптимальное КД	<120	<80
Нормальное КД	120-129	80-84
Высокое-нормальное КД	130-139	85-89
Степень 1, легкая	140-159	90-99
Степень 2, умеренная	160-179	100-109
Степень 3, тяжелая	180+	110+

[1] Mercury safe, TRIMLINE tm Mercurial Desk Sphygmomanometer

Лица были классифицированы гипертензивными, если они принимали антигипертензивные лекарства, или если их систолическое давление было ≥140 мм.рт.ст или их диастолическое давление было ≥ 90 мм.рт.ст.

12.1.2 Уровни гипертонии

Таблицы 12.1.1 и 12.1.2 представляют уровень распространенности гипертонии для женщин и мужчин. Среди женщин 8 процентов были классифицированы имеющими гипертонию. Три процента принимали антигипертензивное лечение, 4 процента имели гипертонию 1 степени, 1 процент гипертонию 2 степени и 0.4 процента-гипертонию 3 степени.

Таблица 12.1.1 Гипертония среди женщин

Распространенность гипертонии среди женщин и процентное распределение женщин по статусу кровяного давления, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Классификация кровяного давления										
Социально-биологические факторы	Опит-мальное	Нор-мальное	Высокое нор-мальное	КД < 140/90 мм.рт.ст. с лекарствами	Легко повы-шенное (степень1)	Умеренно повышенное (степень 2)	Тяжело повы-шенное (степень 3)	Про-пущ.	Всего	Процент с гипер-тонией[1]	Число женщин
Возраст											
15-19	85.2	12.0	1.6	0.1	0.7	0.1	0.1	0.3	100.0	0.9	1,091
20-24	85.8	10.6	1.7	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	100.0	2.0	1,049
25-29	83.5	10.9	2.5	0.9	1.8	0.3	0.0	0.2	100.0	2.9	809
30-34	77.3	14.4	3.0	2.1	2.8	0.4	0.1	0.0	100.0	5.4	734
35-39	63.9	19.3	6.0	5.1	4.3	1.3	0.2	0.0	100.0	10.8	687
40-44	55.2	20.2	6.3	7.3	7.7	2.1	1.0	0.3	100.0	18.1	626
45-49	43.7	17.4	9.5	8.2	13.4	4.9	2.9	0.0	100.0	29.4	466
Место жительства											
Город	76.7	12.4	3.7	2.9	3.1	0.6	0.4	0.2	100.0	7.1	2,175
Село	72.8	15.4	3.7	2.7	3.8	1.1	0.4	0.0	100.0	8.0	3,288
Регион											
Западный	66.9	17.1	7.3	3.7	3.6	0.8	0.6	0.0	100.0	8.7	699
Центральный	67.2	18.4	4.4	4.3	4.2	0.9	0.6	0.0	100.0	10.0	1,311
Восточно-Центральный	75.6	11.4	4.3	1.4	4.9	1.7	0.4	0.1	100.0	8.5	1,431
Восточный	80.4	12.6	1.0	3.0	2.2	0.4	0.0	0.3	100.0	5.7	1,518
Город Ташкент	81.5	11.9	3.3	1.0	1.4	0.3	0.7	0.0	100.0	3.4	503
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	68.2	17.9	7.7	1.2	3.5	0.6	0.8	0.0	100.0	6.1	387
Ферганская Область	77.6	15.9	1.5	2.8	2.2	0.0	0.1	0.0	100.0	5.0	632
Образование											
Начальное и неполное среднее	76.3	12.7	4.5	2.4	3.1	0.4	0.6	0.0	100.0	6.5	578
Среднее	74.0	14.8	3.5	2.3	3.6	1.2	0.5	0.2	100.0	7.5	3,189
Среднее специальное	75.8	13.5	3.9	3.0	2.9	0.5	0.3	0.2	100.0	6.6	1,122
Высшее	71.1	13.5	3.9	6.0	4.7	0.6	0.3	0.0	100.0	11.5	574
Национальность											
Узбеки	74.5	14.2	3.8	2.7	3.4	0.9	0.3	0.1	100.0	7.4	4,669
Другие	73.4	13.9	3.2	3.2	4.1	0.9	0.9	0.4	100.0	9.1	794
ИМТ											
<18.5	83.6	11.0	1.5	1.0	1.7	0.0	0.0	1.1	100.0	2.7	298
18.5-24.9	79.2	13.1	3.2	2.1	1.9	0.3	0.2	0.1	100.0	4.4	3,597
≥25	60.9	17.2	5.5	5.0	7.8	2.6	1.0	0.0	100.0	16.4	1,512
Пропущены	76.1	18.0	1.9	0.9	2.2	0.0	1.0	0.0	100.0	4.0	56
Всего	74.3	14.2	3.7	2.8	3.5	0.9	0.4	0.1	100.0	7.6	5,463

Примечания : 1 Кровяное давление ≥ 140/90 мм.рт.ст или принимает антигипертензивные лекарства в настоящий момент Когда систолическое и диастолическое кровяное давление падали в разные категории, наиболее высокая категория чтения определяла статус индивидуального лица.

Таблица 12.1.2 Гипертония среди мужчин

Распространенность гипертонии среди мужчин и процентное распределение мужчин по статусу кровяного давления, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Классификация кровяного давления									Процент с гипер-тонией[1]	Число мужчин
	Опит-мальное	Нор-мальное	Высокое нор-мальное	КД < 140/90 мм.рт.ст. с лекарствами	Легко повы-шенное (степень1)	Умеренно повышенное (степень 2)	Тяжело повы-шенное (степень 3)	Про-пущ.	Всего		
Возраст											
15-19	76.3	18.7	2.9	0.4	1.5	0.1	0.0	0.0	100.0	2.1	380
20-24	61.7	29.8	3.7	0.7	3.3	0.2	0.0	0.6	100.0	4.2	388
25-29	51.7	37.8	6.9	0.5	2.7	0.4	0.0	0.1	100.0	3.6	399
30-34	46.3	39.6	8.2	0.0	5.5	0.3	0.0	0.0	100.0	5.8	293
35-39	43.5	43.3	6.7	0.8	4.1	0.0	1.6	0.0	100.0	6.5	256
40-44	26.9	44.3	12.5	2.2	11.2	1.9	0.1	1.0	100.0	15.4	227
45-49	19.8	42.5	17.2	0.9	14.2	5.4	0.1	0.0	100.0	20.5	196
50-54	24.0	37.4	13.8	5.5	15.8	3.3	0.2	0.0	100.0	24.8	140
55-59	18.4	43.5	18.2	0.8	16.5	0.5	2.1	0.0	100.0	19.9	54
15-49	50.6	35.0	7.3	0.7	5.1	0.9	0.2	0.2	100.0	6.9	2,140
Место жительства											
Город	44.9	35.6	10.3	1.4	6.2	1.1	0.2	0.3	100.0	8.9	916
Село	50.5	35.1	6.4	0.8	5.9	0.9	0.3	0.2	100.0	7.8	1,417
Регион											
Западный	43.8	31.7	11.1	3.1	7.5	2.5	0.3	0.0	100.0	13.4	314
Центральный	60.2	23.6	6.8	0.0	7.3	1.6	0.5	0.0	100.0	9.4	510
Восточно-Центральный	46.1	39.1	7.8	0.0	6.2	0.0	0.3	0.6	100.0	6.4	646
Восточный	46.8	42.0	5.6	1.6	3.1	0.8	0.0	0.1	100.0	5.5	665
Город Ташкент	37.0	36.6	14.0	1.5	9.4	0.9	0.5	0.1	100.0	12.3	198
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	30.9	37.8	17.4	0.8	8.9	3.7	0.4	0.0	100.0	13.9	185
Ферганская Область	41.5	43.7	6.6	0.7	5.8	1.3	0.0	0.3	100.0	7.9	259
Образование											
Начальное и неполное среднее	61.0	27.8	4.2	0.0	6.1	0.2	0.0	0.8	100.0	6.2	188
Среднее	50.2	35.8	7.1	0.9	4.8	1.1	0.0	0.0	100.0	6.9	1,311
Среднее специальное	47.1	34.2	8.6	1.3	6.8	1.2	0.6	0.2	100.0	9.9	470
Высшее	36.5	38.9	12.0	1.4	9.2	0.7	0.7	0.6	100.0	12.1	364
Национальность											
Узбеки	50.0	34.9	7.3	0.9	5.7	0.8	0.2	0.2	100.0	7.6	2,011
Другие	37.8	38.1	11.8	1.8	8.0	2.1	0.3	0.0	100.0	12.3	322
ИМТ											
<18.5	76.3	17.8	3.4	0.3	2.2	0.0	0.0	0.0	100.0	2.5	82
18.5-24.9	54.1	34.0	6.2	0.7	4.3	0.7	0.1	0.0	100.0	5.8	1,482
≥25	33.0	40.4	11.9	1.8	10.2	1.7	0.7	0.3	100.0	14.4	725
Пропущены	53.2	30.4	9.1	0.0	1.9	0.0	0.0	5.4	100.0	1.9	44
Всего	48.3	35.3	7.9	1.0	6.0	1.0	0.3	0.2	100.0	8.3	2,333

Примечания:

[1] Кровяное давление ≥ 140/90 мм.рт.ст или принимает антигипертензивные лекарства в настоящий момент Когда систолическое и диастолическое кровяное давление падали в разные категории, наиболее высокая категория чтения определяла статус индивидуального лица.

Среди мужчин, также 8 процентов были диагностированы имеющими гипертонию. Один процент с гипертензией контролируемой лекарствами, 6 процентов с гипертонией 1 степени, 1 процент с гипертонией 2 степени и 0.3 процента с гипертонией 3 степени.

Место показателей Узбекистана может быть определено путем их отношения к, строго сравнимыми с ними, международным показателям.[2] Обзор литературы нашел сравнимую статистику для возраста в промежутке от 35-44 лет жизни для Соединенных Штатов Америки (NCHS, 2002) и Китая (Gu et al., 2002). Показатели гипертонии в Узбекистане для этой возрастной группы были 14 процентов для женщин и 11 процентов для мужчин. Показатели для Соединенных Штатов (19 процентов как для женщин так и мужчин) намного превосходят таковые в Узбекистане. В случае Китая, показатели для женщин (11 процентов) незначительно отличаются от таковых в Узбекистане, тогда как показатели для мужчин (17 процентов) являются значительно более высокими.

12.1.3 Различия

Сравнение показателей гипертонии специфичных по полу и возрастному интервалу (15-49 лет), указывает на незначительную разницу между женщинами (8 процентов) и мужчинами (7 процентов) (Таблицы 12.1.1 и 12.1.2). Однако, разница существует в распределении между женщинами и мужчинами по трем категориям кровяного давления- оптимальному, нормальному и высоко-нормальному категориям. Семьдесят четыре процента женщин имели оптимальные уровни кровяного давления, тогда как у 18 процентов были найдены нормальные или высоко-нормальные уровни. Распределение мужчин было менее положительным, 51 процент находились на оптимальном уровне и 42 процента на нормальном или высоко-нормальном уровнях.

Эпидемиологические исследования показали, что гипертония позитивно ассоциирует с возрастом, что так же подтверждается данными 2002 ИЗНУ. Для женщин, показатели гипертонии увеличиваются с около 2 процентов (менее 25 лет) до 29 процентов (45-49 лет). Подобным же образом среди мужчин, показатели нарастают в десять раз с 2 процентов (15-19 лет) до 20 процентов и выше (45-59 лет). Показатели гипертонии, специфичные по возрасту, были ниже среди женщин, чем среди мужчин в возрасте менее 35 лет, и выше в старших возрастных группах. Подобный перекрест в разницах по полу, так же, был найдет в недавнем исследовании в Пакистане (PMRC, 1998).

Значительная разница в показателях гипертонии имеется в зависимости от уровня образования; показатели были выше среди женщин с высшим образованием (12 процентов), чем среди менее образованных (7 или 8 процентов). Подобная тенденция была найдена среди мужчин.

Различия по городскому/сельскому месту проживания были незначительными, как среди женщин, так и среди мужчин. Однако, приметная разница была в распределении городских и сельских мужчин по оптимальным и высоко-оптимальным категориям кровяного давления. Сравнительно меньше городских, чем сельских мужчин были в оптимальной категории (45 против 51 процентов) и относительно больше городских, чем сельских мужчин в высоко-нормальной категории (10 против 6 процентов). Вызывает удивление один факт, что исследование нашло относительно низкий уровень гипертонии среди проживающих в городе Ташкенте женщин (3 процента), по сравнению с мужчинами (12 процентов).

Значительные различия в показателях гипертонии были найдены среди респондентов, классифицированных по их индексу массы тела (ИМТ). Как и ожидалось, уровни гипертонии

[2] Эпидемиологические показатели собранные на общем населении, одинакового специфического возраста, которые классифицируют лицо имеющим гипертонию, если оно принимало антигипертензивные лекарства и если его кровяное даление было ≥ 140/90 мм.рт.ст.

были выше среди тучных/с ожирением лиц, по сравнению с лицами нормального веса. Показатели гипертонии среди тучных/с ожирением женщин (ИМТ ≥25) был 16 процентов, по сравнению с 3 и 4 процентами, соответственно, среди женщин недостаточного веса (ИМТ менее 18.5) или нормального веса (ИМТ между 18.5 и 24.9). Подобная тенденция была найдена и среди мужчин.

12.1.4 Осознание наличия гипертонии и контроль гипертонии

Рисунок 12.1 показывает статус осознания наличия гипертонии и ее лечения среди мужчин и женщин с гипертонией 15-49 лет. Большинство гипертензивных женщин ответило, что они знали о своем состоянии (62 процентов). Значительная часть принимала лекарства и имела кровяное давление под контролем (37 процентов) и другая группа лечилась, но несмотря на это все равно имела высокое кровяное давление (18 процентов). Семь процентов были осведомлены о своем состоянии, но не лечились, и 38 процентов не знали о своем состоянии.

По сравнению с женщинами, намного меньше мужчин знали о своем состоянии. Относительно небольшое количество мужчин, посредством лечения держали кровяное давление под контролем (10 процентов) и другие 8 процентов лечились по поводу гипертонии, но все равно имели высокое кровяное давление. Девятнадцать процентов знали, что они имеют повышенное кровяное давление, но не лечились. Наиболее значительной была находка того, что большинство мужчин с гипертонией (63 процента) не знали о своем состоянии.

Рисунок 12.1 Осведомленность о гипертонии и статусе лечения среди женщин и мужчин 15-49 лет с высоким кровяным давлением

Знали, лечили, контролировали 37%
Осведомлены 38%
Знали, не лечили, не контролировали 7%
Знали, лечили, не контролировали 18%
Женщины

Осведомлены 63%
Знали, не лечили, не контролировали 19%
Знали, лечили, не контролировали 8%
Знали, лечили, контролировали 10%
Мужчины

ИЗНУ 2002

12.1.5 Заключение

Распространенность гипертонии в Узбекистане среди женщин в возрасте 15-49 лет и мужчин в возрасте 15-59 лет были от 7 до 8 процентов. Однако, значительно большая часть женщин (74 процента), чем мужчин (42 процента), имела уровень кровяного давления в пределах оптимального уровня (менее 120/80 мм.рт.ст), ясно указывая на преимущество в отношении здоровья женщин.

В общем, уровни распространенности гипертонии положительно ассоциировали с возрастом, образованием, городским местом жительства и тучностью/ожирением.

Относительно большее количество женщин, чем мужчин с гипертонией, знали о своем состоянии (62 против 37 процентов) и относительно больше женщин, чем мужчин контролировали свое состояние лекарствами (37 против 10 процентов). Первым шагом по пути котроля над гипертонией, является осознание индивидуальными лицами своего состояния и его последствий в отношении преждевременной инвалидности и смерти. Просвещение населения относительно вредных последствий гипертонии и содействие измерению кровяного давления, в особенности нацеленных на людей более старшего возраста и мужчин, являются областью, где программы по охране здоровья могут быть усилены.

12.2 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАБАКА

Курение является известным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, вызывает рак легких и других органов и способствует более тяжелому протеканию пневмонии, эмфиземы и хронического бронхита. Согласно ВОЗ, по крайней мере 20 процентов всех смертей мужчин среднего возраста в Узбекистане в начале 1990 годов были связаны с использованием табака (Peto et al., 1994). В силу того, что курение является приобретенной привычкой, осознанно выбранной индивидуальным лицом, то заболеваемость и смертность, связанная с курением, является предупреждаемой.

Начиная с середины 1990х годов, в Узбекистане были приняты ряд мер по контролю табака. Каждая пачка сигарет должна носить предупреждение о вреде для здоровья. Продажа сигарет лицам моложе 18 лет запрещена. Запрещена продажа сигарет без фильтра и сигарет, содержащих больше 1 милиграмма никотина и 15 милиграммов смолы. Запрещены реклама табачной продукции в кинотеатрах и в средствах массовой информации.

12.2.1 Использование табачных продуктов

В 2002 ИЗНУ респондентам задавали ряд вопросов относительно использования сигарет. Их спрашивали, курили ли они когда-либо сигареты (выкурили по крайне мере 100 сигарет) и курили ли они когда- либо регулярно, курят ли они в настоящий момент, и если курят, то сколько сигарет в день они примерно выкуривают. Респондентов, так же, спрашивали, использовали ли они когда-либо *насвай* (смесь жевательного табака домашнего произвоства), сигары или трубки с табаком.

Таблица 12.2.1 указывает, что среди женщин использование продуктов табака не является распространенным. Немного более 1 процента женщин сказали, что они вообще когда- либо курили или когда либо курили регулярно. Менее 1 процента женщин сообщили, что они курили в настоящий момент. Хотя показатели курящих на настоящий момент были низкими, между ними были значительные различия. Показатели курящих в настоящий момент в городах (2 процента), в городе Ташкенте (3 процента) и среди женщин не-узбечек (5 процентов), превзошли уровни таковых по стране в целом. Менее чем 0.5 процентов женщин сообщили об использование *насвая* или сигар/трубки с табаком, когда- либо в жизни.

Использование табачных продуктов гораздо выше среди мужчин (Таблица 12.2.2). Сорок-один процент мужчин сообщили о курении сигарет когда либо в течение жизни, и 32 процента сообщили о регулярном курении, в каком-либо периоде в течение жизни. Примерно один из каждых пяти мужчин (21 процент) сообщил, что они курят на настоящий момент. Значительная часть мужчин, так же, сообщила об использовании *насвая* когда либо в жизни (38 процентов), тогда как только 1 процент сообщил о курении сигар/трубки с табаком.

Значительные различия были найдены среди мужчин, курящих в настоящий момент, в зависимости от социально-биологических факторов.

Курение на настоящий момент было наиболее низким среди мужчин в возрасте 15-19 лет (3 процента), выше среди мужчин в возрасте 20-24 лет (16 процентов) и оставалось относительно стабильным в возрасте от 25-29 до 55-

Таблица 12.2.1 Использование Табака: женщины

Процент женщин, использовавших когда-либо табак, по типу табачного продукта, по характеру использования, в заисимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

	Сигареты					
Социально-биологические факторы	Когда-либо курили	Когда-либо курили регулярно	Курит в настоящий момент	Когда-либо курили трубку/ сигары	Когда-либо использовали насвай[1]	Число женщин
Возраст						
15-19	0.7	0.4	0.0	0.2	0.4	1,091
20-24	1.0	0.7	0.6	0.5	0.0	1,049
25-29	2.0	1.7	1.2	0.5	0.3	809
30-34	1.2	1.1	0.9	0.0	0.0	734
35-39	1.3	1.3	1.1	0.3	0.3	687
40-44	1.8	1.8	1.6	0.2	0.7	626
45-49	2.3	2.3	1.3	0.9	2.0	466
Место жительства						
Город	2.9	2.6	2.1	0.3	0.4	2,175
Село	0.3	0.2	0.0	0.3	0.4	3,288
Регион						
Западный	1.0	0.9	0.4	0.2	0.5	699
Центральный	1.6	1.5	1.2	0.3	0.8	1,311
Восточно-Центральный	1.8	1.3	0.9	0.4	0.6	1,431
Восточный	0.2	0.2	0.1	0.3	0.0	1,518
Город Ташкент	3.5	3.5	3.1	0.2	0.0	503
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	0.8	0.7	0.4	0.1	0.2	387
Ферганская Область	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1	632
Образование						
Начальное и неполное среднее	1.0	1.0	1.0	0.3	1.5	578
Среднее	1.1	1.0	0.6	0.2	0.3	3,189
Среднее специальное	2.0	1.7	1.5	0.5	0.4	1,122
Высшее	1.6	1.2	1.1	0.5	0.3	574
Национальность						
Узбеки	0.6	0.5	0.3	0.3	0.4	4,669
Другие	5.7	5.0	4.5	0.5	0.4	794
Всего	1.3	1.2	0.9	0.3	0.4	5,463

Примечания:

Когда либо вообше курили: выкурили по крайней мере 100 сигарет за период всей жизни

Когда либо вообше курили регулярно; по крайней мере 100 сигарет за период всей жизни и сообщившие о регулярном курении в любой период жизни

Курение в настоящий момент; когда либо вообше курили регулярно и сообщившие о курении в момент исследования

Когда либо использовавшие насвай; любое сообщение об использовании

Когда либо курившие сигары/трубки; выкурили по крайней мере 20 сигар или трубок с табаком

[1] Насвай это жевательная смесь табака, масла и мела/извести домашнего приготовления

59 лет (между 22 и 34 процентами). Число курящих в настоящий момент было относительно высоким в городских регионах (28 процентов), в городе Ташкенте (39 процентов) и среди мужчин не-узбекской национальности (30 процентов).

Таблица 12.3 показывает процентное распределение мужчин, курящих в настоящий момент, по трем категориям количества выкуриваемых в день сигарет (легкая, менее 5 сигарет в день; умеренная, между 5 и 20 в день; и тяжелая, более 20 в день).[3] В целом, одна четверть курящих мужчин сообщили легкое ежедневное курение (22 процента), около половины сообщили умеренное курение (53 процентов), и где-то менее четвертой части сообщили о тяжелом курении (17 процентов). Кроме того, значительные различия были найдены в числе тяжелого курения, в зависимости от социально-биологических факторов. Среди курящих в настоящий момент, тяжелое курение было особенно значительным среди мужчин старшего возраста (30 до 40 процентов), мужчин живущих в городе Ташкенте (32 процента) и мужчин не-узбекской национальности (26 процентов).

Среди курящих на настоящий момент, привычка курения начиналась с ранних лет. Мужчины, курящие в настоящий момент, начали курить в молодом возрасте

Таблица 12.2.2 Использование Табака: мужчины

Процент мужчин, использовавших когда-либо табак, по типу табачного продукта, по характеру использования, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Сигареты: Когда-либо курили	Когда-либо курили регулярно	Курит в настоящий момент	Когда-либо курили трубку/сигары	Когда-либо использовали насвай[1]	Число мужчин
Возраст						
15-19	7.0	4.3	3.4	0.5	13.8	380
20-24	30.4	21.5	16.2	0.3	35.3	388
25-29	43.4	30.5	21.5	1.1	46.9	399
30-34	52.1	42.8	24.5	1.9	52.0	293
35-39	59.1	49.7	28.6	0.7	51.9	256
40-44	54.5	45.8	33.6	0.5	42.4	227
45-49	55.3	44.0	29.5	3.1	32.2	196
50-54	49.0	43.4	21.0	2.7	33.9	140
55-59	59.4	56.0	32.0	6.8	28.3	54
Место жительства						
Город	46.9	38.3	27.9	2.2	26.7	916
Село	37.0	28.6	16.4	0.7	45.2	1,417
Регион						
Западный	33.3	28.2	14.1	0.8	48.4	314
Центральный	40.2	25.7	14.7	1.4	42.7	510
Восточно-Центральный	45.7	36.5	19.0	1.2	35.0	646
Восточный	38.6	32.2	25.4	0.4	40.8	665
Город Ташкент	46.9	43.7	38.8	4.7	8.5	198
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	41.4	34.8	13.8	0.5	54.7	185
Ферганская Область	32.6	32.6	29.1	0.0	33.3	259
Образование						
Начальное и неполное среднее	30.0	25.5	16.1	2.5	26.9	188
Среднее	40.2	30.9	19.9	1.0	42.7	1,311
Среднее специальное	42.8	36.7	22.7	1.2	36.7	470
Высшее	46.4	36.0	24.5	1.7	27.7	364
Национальность						
Узбеки	39.2	30.6	19.4	1.1	38.3	2,011
Другие	51.3	43.4	30.2	2.3	35.3	322
Всего	40.9	32.4	20.9	1.3	37.9	2,333

Примечания:
Когда либо вообше курили: выкурили по крайней мере 100 сигарет за период всей жизни
Когда либо вообше курили регулярно; по крайней мере 100 сигарет за период всей жизни и сообщившие о регулярном курении в любой период жизни
Курение в настоящий момент; когда либо вообше курили регулярно и сообщившие о курении в момент исследования
Когда либо использовавшие насвай; любое сообщение об использовании
Когда либо курившие сигары/трубки; выкурили по крайней мере 20 сигар или трубок с табаком
[1] Насвай это жевательная смесь табака, масла и мела/извести домашнего приготовления

[3] Сравнительная статистика для женщин не показана в силу относительно малого количества женщин в исследовании сообщивших, что они являются курящими на настоящий момент.

Таблица 12.3 Ежедневное использование сигарет: мужчины

Среди мужчин курящих в настоящий момент, процентное распределение по числу выкуренных в день сигарет и медиана возраста первого регулярного курения сигарет, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Ежедневное использование сигарет: Легкое (<5)	Умеренное (5-19)	Тяжелое (20+)	Не указано	Всего	Число курящих в настоящий момент	Медиана возраста первого регулярного курения сигарет
Возраст							
15-19	45.9	33.7	1.9	18.4	100.0	13	17.3
20-24	33.1	46.6	3.2	17.1	100.0	63	18.4
25-29	30.0	53.4	7.9	8.6	100.0	86	20.1
30-34	25.6	52.6	14.0	7.8	100.0	72	20.0
35-39	14.9	68.4	9.7	7.0	100.0	73	20.4
40-44	16.6	50.8	31.2	1.4	100.0	76	20.1
45-49	13.5	53.9	28.0	4.6	100.0	58	21.1
50-54	13.0	41.5	33.4	12.1	100.0	29	19.6
55-59	15.1	44.5	40.4	0.0	100.0	17	18.2
Место жительства							
Город	18.3	52.7	23.1	5.8	100.0	256	19.0
Село	26.6	52.9	10.3	10.2	100.0	232	20.2
Регион							
Западный	42.9	39.0	12.3	5.8	100.0	44	19.0
Центральный	26.6	58.3	12.9	2.2	100.0	75	20.1
Восточно-Центральный	24.4	52.4	14.5	8.7	100.0	123	19.9
Восточный	18.2	53.5	15.0	13.4	100.0	169	19.9
Город Ташкент	11.8	54.5	32.2	1.4	100.0	77	18.9
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	38.1	47.3	11.1	3.4	100.0	26	18.8
Ферганская Область	35.6	39.4	15.5	9.5	100.0	75	20.3
Образование							
Начальное и неполное среднее	11.5	80.6	7.0	0.8	100.0	30	19.3
Среднее	26.1	49.6	16.1	8.2	100.0	261	19.7
Среднее специальное	17.9	54.9	18.6	8.6	100.0	107	19.8
Высшее	20.0	50.1	21.4	8.6	100.0	89	20.2
Национальность							
Узбеки	23.3	52.3	14.9	9.4	100.0	390	20.0
Другие	18.1	54.7	25.5	1.8	100.0	97	18.7
Всего	22.3	52.8	17.0	7.9	100.0	488	19.8

Примечания:
Курение в настоящий момент; сообщение что когда либо вообще курили регулярно и сообщение о курении в момент исследования
Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях. Звездочка обозначает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и были умолчены.

(медиана в возрасте 19.8 лет). Медиана возраста начала курения, не слишком отличается в зависимости от социально-биологических факторов курящих на настоящий момент.

12.2.2 Прекращение курения

Как показано в Таблице 12.2.2, 32 процента мужчин сообщили, что они были регулярными курильщиками, в какой-то момент их жизни. Таблица 12.4 представляет показатели по прекращению курения среди этих 756 мужчин. Примерно одна треть этих мужчин (36 процентов) бросила курить во время исследования. Уровень показателей прекращения курения имеют тенденцию быть выше среди мужчин старше 30 лет (более 40 процентов в нескольких возрастных группах) и у мужчин, проживающих в сельских регионах (43 процента). Самый низкий показатель прекращения курения был найден среди жителей города (11 процентов) и жителей Восточного региона (21 процент). Относительно высокие показатели прекращения курения среди мужчин старшего возраста, без сомнения определяются долгим стажем курения с момента начала курения, в течение которого они могли бросить курить, но так же это может быть в силу проблем здоровья, вызванных продолжительным стажем курения.

Продолжительность времени, в течение которого бывший курильщик воздерживается от курения, является показателем успеха окончательного прекращения. На момент исследования, 22 процента мужчин, кто когда- либо курил регулярно и бросил курить, воздерживались от курения в течение года или больше.

Таблица 12.4 Прекращение курения: мужчины

Среди мужчин когда либо вообще куривших регулярно, процент тех кто бросил курить, и процент тех кто бросил курить на год и более, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент бросивших курить	Процент бросивших курить на год и более	Число мужчин когда либо куривших регулярно
Возраст			
15-19	*	*	17
20-24	24.9	17.3	84
25-29	29.6	17.9	122
30-34	42.7	29.1	126
35-39	42.4	21.5	127
40-44	26.5	19.8	104
45-49	33.0	19.2	86
50-54	51.6	28.0	61
55-59	(42.8)	(34.7)	30
Место жительства			
Город	27.1	20.1	351
Село	42.8	23.9	405
Регион			
Западный	50.1	45.9	89
Центральный	42.7	15.9	131
Восточно-Центральный	48.0	27.0	236
Восточный	21.1	15.5	214
Город Ташкент	11.2	10.3	86
Регионы расширенной выборки			
Каракалпакстан	60.4	56.4	65
Ферганская Область	10.7	8.7	85
Образование			
Начальное и неполное среднее	(37.1)	(14.4)	48
Среднее	35.4	24.3	404
Среднее специальное	38.2	18.6	172
Высшее	31.8	23.0	131
Национальность			
Узбеки	36.7	21.4	616
Другие	30.3	25.5	140
Всего	35.5	22.2	756

Примечания:

Курившие когда- либо; по крайней мере 100 сигарет в течение жизни и сообщение о регулярном курении в любой период жизни

Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях. Звездочка обозначает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и были умолчены.

12.2.3 Заключение

Положительной находкой в 2002 ИЗНУ является то, что среди женщин в возрасте 15-49 лет, процент курящих в настоящий момент является низким (менее 1 процента). Хотя курение среди женщин не представляется настоятельной проблемой здравоохранения в натоящий момент, усилия должны быть направлены на неодобрение женского курения и поощрение его прекращения среди курящих женщин. Кроме того, крайне желательно, чтобы курение среди женщин в Узбекистане не приобрело популярности, в силу вредных для здоровья последствий. Возможность увеличения числа курящих женщин должна быть пристально отслеживаться, чтобы в случае необходимости, можно было своевременно начать соответственные, целенаправленные просветительные программы.

Показатели курения среди мужчин в возрасте 15-59 лет были значительно выше, чем среди женщин. В целом, одна-пятая всех мужчин (21 процент) ответили, что они были курильщиками на настоящий момент. Мужчины, живущие в городских регионах, в городе Ташкенте и не-узбекской национальности, имели наиболее высокие показатели курящих на настоящий момент, и более вероятно, чем в других группах, сообщали тяжелое использование сигарет (более 20 сигарет в день). Вдобавок, курение сигарет начинается рано среди мужчин, среди курящих в настоящий момент, начало регулярного использования сигарет приходилось на возраст до 20 лет.

Сравнения международной статистики по распространенности курения трудно произвести в силу разницы в использованных определениях и возрастных групп, в опубликованных результатах исследований. Тем не менее, распространенность курения на настоящий момент среди мужчин, найденная в 2002 ИЗНУ (21 процент) не выше, чем распространенность, найденная в недавних исследованиях, как в Восточной, так и в Западной Европе (WHO, 2003b).

Должны быть начаты просветительские здравоохранительные программы, целенаправленные на мужское население всех возрастов, пропагандирующих преимущества воздержания от начала курения и преимущества прекращения курения. В этом отношении, полезно отметить, что продолжительность жизни тех, кто бросил курить в возрасте до 35 лет, не отличается существенно от тех, кто в течение всей жизни никогда не курил (Doll et al., 1994).

12.3 САМОСТОЯТЕЛЬНО-СООБЩЕННЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Всем взрослым респондентам в 2002 ИЗНУ был задан ряд вопросов, относительно имевшихся в течение всей жизни хронических заболеваниях. Сначала респондентам задавались вопросы для определения наличия, когда-либо в течение их жизни, пяти хронических заболеваний: астмы, диабета, хронического бронхита и эмфиземы, хронической депрессии и зоба. Кроме того, респрондентам задавались более общие вопросы, а именно о том, страдали ли они за всю жизнь, каким-либо состоянием или заболеванием, которое продолжалось в течение 3 месяцев и дольше. По каждому сообщенному заболеванию, респрондентов последовательно спрашивали, было ли данное заболевание диагностировано врачем, продолжалось ли данное заболевание в течение последних двенадцати масяцев, и принимались ли по этому поводу лекарства или лечение в последние двенадцать месяцев.

Данные по самостоятельно-сообщенным заболеваниям крайне подвержены ошибкам респондентов. Различные факторы, связанные с особенностями различных культур, полов и групп населения, могут влиять на аккуратность таких данных. Неудача респондентов вспомнить может привести к недосообщению болезней- проблема, которая скорее всего возникает в случае болезней, сообщенных спонтанно. Вдобавок, респондент может и не знать о своем заболевании, если присутствут только легкие симптомы-что в результате, опять-таки ведет к недосообщению заболеваний. Так же, имеется возможность, что среди групп людей, имеющих репутацию не здоровых, как например, проживающие в зоне экологического бедствия вокруг Аральского моря, респонденты могут относить малейшие симптомы к хроническим заболеваниям и чрезмерно сообщать о заболеваниях. Таким образом, данные по самостоятельно- сообщенным болезням должны быть интерпретированы с осторожностью, и сообщенные показатели не должны приниматься за показатели распространенности отдельных заболеваний.

12.3.1 Самостоятельно-Сообщенные Болезни на общенациональном уровне

Таблица 12.5 представляет результаты на общенациональном уровне. Среди пяти спрошенных заболеваний, зоб был наиболее часто упоминаемым заболеванием среди женщин (14 процентов), но не среди мужчин (2 процента). Не более трех процентов респондентов сообщили о всех других спрашиваемых заболеваниях.

Зоб – заболевание, характеризуемое увеличением щитовидной железы для компенсации недостаточности продукции тироидного гормона. В эндемичных районах, эта недостаточность возникает в случаях недостатка йода в почве и пище, потребляемой населением. Эта ситуация характерна для некоторых регионов Центральной Азии (Gerasimov, 2002). Основным проявлением зоба является увеличение щитовидной железы, которая часто может быть определена пальпацией. Женщины особенно подверженны зобу, так что разница по полу в сообщенных показателях зоба, не противоречит сообщениями других исследователей (Vanderpump et al., 1995).

Среди женщин, ни одна проблема здоровья не была сообщена спонтанно более чем 4 процентами, за исключением анемии (11 процентов) и заболеваний почек (6 процентов). Показатель 11 процентов самостоятельно-сообщенной анемии, должен рассматриваться соответствующим 15 процентам женщин с умеренной/тяжелой анемией по оценкам 1996 ПМДУ[4].

Таблица 12.5 Сообщения о хронических заболеваниях

Процент женщин и мужчин, сообщивших о наличии хронических заболеваний, по типу заболеваний, были ли они диагностированнны врачем, и лечились ли в последние 12 месяцев, Узбекистан 2002

Состояние или болезнь	Процент сообщивших о состянии или болезни	Количество	Процент сообщенных болезней: Диагности-ровано врачом	Процент сообщенных болезней: Имели состояние в последние 12 месяцев	Процент сообщенных болезней: На лечение в последние 12 месяцев	Число сообщенных болезней
ЖЕНЩИНЫ						
Спрошенные болезни						
Астма	0.6	5,463	93.7	61.4	76.6	35
Диабет	0.3	5,463	79.9	54.6	42.0	16
Хронический бронхит/эмфизема	2.4	5,463	94.5	64.7	61.1	133
Хроническая депрессия	1.2	5,463	60.6	78.3	49.2	67
Зоб	13.6	5,463	87.6	66.5	46.8	741
Спонтанно сообщенные						
Анемия	11.2	5,463	96.4	88.2	54.8	609
Гастрит	3.0	5,463	81.0	79.9	59.7	162
Болезни почек	6.3	5,463	88.3	82.1	58.9	343
Артриты	3.7	5,463	77.7	87.1	59.5	201
Болезни печени	2.3	5,463	93.0	67.1	59.6	124
Репродуктивных органов	1.3	5,463	92.9	72.4	60.5	70
Сердечно-сосудистые болезни	2.6	5,463	82.5	84.3	70.1	140
Другие	2.0	5,463	72.2	84.9	55.5	109
МУЖЧИНЫ						
Спрошенные болезни						
Астма	0.8	2,330	91.2	74.9	53.5	18
Диабет	0.4	2,333	94.0	82.0	75.2	9
Хронический бронхит/эмфизема	3.3	2,333	88.4	69.3	61.8	78
Хроническая депрессия	0.9	2,333	52.7	79.2	45.2	20
Зоб	1.5	2,333	79.2	45.4	47.3	35
Спонтанно сообщенные						
Анемия	0.5	2,333	80.1	84.1	58.5	11
Гастрит	3.9	2,333	89.8	73.4	62.4	90
Болезни почек	3.7	2,333	89.4	78.8	61.6	87
Артриты	4.0	2,333	81.2	72.4	44.5	93
Болезни печени	2.4	2,333	100.0	45.1	40.8	57
Репродуктивных органов	0.7	2,333	100.0	84.9	56.1	16
Сердечно-сосудистые болезни	2.2	2,333	92.1	83.5	65.3	51
Другие	3.0	2,333	84.8	74.2	54.5	70

Среди мужчин, спонтанное сообщение проблем здоровья было менее частым, чем среди женщин. Тремя наиболее часто сообщаемыми состояниями были артриты, гастриты и болезни почек (все по 4 процента).

Среди всех сообщенных болезней, в большинстве случаев болезнь была диагностирована врачем – часто в более чем 80 процентах. Вдобавок, для большинства сообщаемых болезней,

[4] Определение анемии в 1996 ПМДУ среди женщин респондентов включало измерение уровня гемоглобина в пробах крови с использованием системы Hemocue (IOG and MI, 1997). В данной интерпретации, тот факт, что показатель само-сообщенной анемии является значительно ниже уровня любой анемии найденной в 1996 ПМДУ (60 процентов, включая легкую, умеренную и тяжелую формы анемии) может быть вследствие неспособности респондентов с легкой формой анемии распознать и сообщить заболевание.

респонденты указывали, что состояние продолжалось в течение 12 месяцев до начала исследования и, что они получали лечение в этот период.

12.3.2 Самостоятельно-Сообщенные Болезни по регионам

Таблица 12.6 представляет показатели по самостоятельно-сообщенным заболеваниям по регионам. Показатели по самостоятельно-сообщенным заболеваниям были намного выше в Западном регионе, чем в каком либо другом - типично в несколько раз больше, чем в регионе с ближайшим высоким показателем.

Таблица 12.6 Сообщения о хронических заболеваниях по регионам

Процент женщин и мужчин, сообщивших хронические заболевания, по типу заболеваний и по регионам, Узбекистан 2002

		Регион					Западный Регион	
Состояние или болезнь	По всей стране	Западный	Центральный	Восточно-Центральный	Восточный	Город Ташкент	Каракалпакстан	Хорезмская Область
ЖЕНЩИНЫ								
Спрошенные болезни								
Астма	0.6	1.7	0.6	0.6	0.4	0.2	0.9	2.7
Диабет	0.3	0.3	0.4	0.3	0.1	0.7	0.6	0.0
Хронический бронхит/эмфизема	2.4	6.0	1.7	2.7	1.3	2.1	7.1	4.6
Хроническая депрессия	1.2	4.8	0.9	0.6	0.2	1.6	3.2	6.7
Зоб	13.6	40.2	14.2	6.4	7.8	12.8	39.9	40.4
Спонтанно сообщенные								
Анемия	11.2	52.3	5.7	3.6	5.0	8.4	53.4	51.0
Гастрит	3.0	9.5	3.0	1.9	1.0	2.7	8.9	10.2
Болезни почек	6.3	21.8	7.9	2.7	2.0	3.6	23.8	19.2
Артриты	3.7	9.3	5.1	2.0	2.0	1.9	4.5	15.4
Болезни печени	2.3	3.7	2.7	2.8	1.0	1.4	3.6	3.8
Репродуктивных органов	1.3	3.1	1.8	1.0	0.4	0.8	1.8	4.7
Сердечно-сосудистые болезни	2.6	6.1	4.8	1.2	0.6	1.7	5.5	6.9
Другие	2.0	3.8	3.1	1.6	0.7	1.5	2.5	5.4
Число женщин	5,463	699	1,311	1,431	1,518	503	387	313
МУЖЧИНЫ								
Спрошенные болезни								
Астма	0.8	2.8	0.0	1.1	0.4	0.1	3.7	1.5
Диабет	0.4	1.2	0.4	0.0	0.3	0.7	0.5	2.2
Хронический бронхит/эмфизема	3.3	8.1	2.8	3.9	1.1	2.7	10.5	4.5
Хроническая депрессия	0.9	1.2	0.3	0.3	1.2	3.0	0.6	2.0
Зоб	1.5	2.2	2.0	0.6	1.2	3.0	1.9	2.7
Спонтанно сообщенные								
Анемия	0.5	3.3	0.0	0.0	0.0	0.2	1.2	6.2
Гастрит	3.9	6.1	2.5	5.9	2.7	1.2	7.1	4.8
Болезни почек	3.7	7.6	4.1	4.8	1.5	0.6	5.2	11.2
Артриты	4.0	10.9	3.3	4.7	1.5	0.8	8.3	14.8
Болезни печени	2.4	1.2	4.1	4.1	0.5	0.7	1.6	0.7
Репродуктивных органов	0.7	0.3	1.0	1.1	0.5	0.0	0.0	0.6
Сердечно-сосудистые болезни	2.2	4.5	0.7	3.1	1.5	1.6	5.0	3.8
Другие	3.0	4.3	2.3	4.8	1.8	0.8	5.0	3.2
Число мужчин	2,333	314	510	646	665	198	185	129

Западный регион состоит из Автономной Республики Каракалпакстан и Хорезмской Области, которые примыкают к зоне экологического бедствия вокруг Аральского моря.[5] Регион известен высоким уровнем заболеваемости - в два раза выше, чем в целом по стране (WHO, 1999a). Так что высокий уровень самостоятельно-сообщенных заболеваний не вызывает удивления. Однако, региону так же оказывалось значительное внимание со стороны Министерства Здравоохранения и международных организаций в области здравоохранения и эти усилия возможно оставили, как медицинских работников, так и население региона крайне сенситизированными к проблемам здоровья. Это в результате могло привести к более полному сообщению уровней болезней в Западном регионе, чем где либо еще, или к чрезмерному сообщению заболеваний в данном регионе.

Среди женщин Западного региона, показатели самостоятельно-сообщенных заболеваний был особенно высоким для зоба (40 процентов), анемии (52 процентов) и болезней почек (22 процентов). Эти показатели намного превосходят таковые в регионе с ближайшим высоким показателем: 14 процентов для зоба и 8 процентов для анемии и заболеваний почек. Другими заболеваниями, часто сообщаемыми женщинами в Западном регионе, были болезни почек (22 процента), гастрит (10 процентов), артрит (9 процентов), хронический бронхит/эмфизема и сердечно-сосудистые болезни (оба 6 процентов). Эти же заболевания были, также, наиболее часто сообщаемыми и среди мужчин региона: артрит (11 процентов), хронический бронхит/эмфизема (8 процентов), болезни почек (8 процентов), гастрит (6 процентов) и сердечно-сосудистые болезни (5 процентов).

Таблица 12.6 также показывает само-сообщаемые заболевания для Автономной Республики Каракалпакстан и Хорезмской области, двух административных зон, составляющий Западный Регион. В этих зонах, показатели сообщенных болезней среди женщин по зобу, анемии и болезням почек были достаточно близкими.

12.3.3 Заключение

Само-сообщение болезней были наиболее часты среди респондентов женщин, чем среди респондентов мужчин. На общенациональном уровне, наиболее часто сообщаемыми болезнями были зоб и анемия среди женщин (14 и 11 процентов женщин, соответственно). Эти болезни в первую очередь поражают женщин и и каждое из них было сообщено менее, чем 2-мя процентами мужчин. Обе болезни, как зоб, так и анемия могут быть значительно снижены программами по пищевым интервенциям (добавки и фортификация пищевых продуктов йодом и железом).

Само-сообщение заболеваний было значительно выше в Западном регионе, чем в других регионах Узбекистана. В какой степени это отражает реальные, вредные для здоровья условия в регионе, или более полное сообщение заболеваний сенсибилизированым населением, или некоторую комбинацию этих двух факторов не может быть определено данными настоящего исследования. Однако, факты о вредных для здоровья условиях в Западном регионе имеются в наличии из других источников, таким образом регион заслуживает особого внимания в отношении программ здравоохранеия и программ по решению экологических проблем.

[5] Вопиющим отражением экологических проблем региона является тот факт, что с 1985 года поверхность Аральского Моря высохла наполовину, оставляя солевые залежи на обнаженной земле. Сухая неплодородная почва способствовала пылевым штормам и другим экологическим проблемам в данной зоне.

ДРУГИЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛЫХ 13

А.М.Хаджибаев, Г. Семенова и Р.Столлингс

Данная глава представляет результаты опроса взрослых респондентов по туберкулезу, здоровью зубов и травмам. Данные представлены для женщин 15-49 лет и мужчин 15-59 лет.

13.1 ТУБЕРКУЛЕЗ

13.1.1 Введение

Туберкулез (ТБ) в основном вызывается микобактерией *M. tuberculosis*, тогда как близкий родственник, *M. bovis*, вызывает небольшое количество случаев. Основное большинство случаев являются легочными, но в 15 процентов случаев, бактерия распространяется в другие части тела и классифицируется как вне-легочный туберкулез. Перенос в основном воздушно-капельный, посредством вдыхания капель, содержащих бактерии, продуцируемых лицами с активным легочным туберкулезом. Реже, инфицирование может произойти через кожные раны, такие как связанные с татуировкой или использованием внутривенных наркотиков.

Среди лиц с прямым контактом с ТБ, только около 30 процентов станут действительно инфицированными. Среди общего населения, только около 5 процентов инфицированного населения в течение 2 лет разовьют активный первичный туберкулез. Этот процент активации гораздо выше, как для очень молодых, так и для старых, и для лиц с иммуннодепрессией в связи с ВИЧ инфекцией или других случаев. Для лиц с ВИЧ ко-инфицированием, процент активации примерно 40 процентов, таким образом делая диагностику и лечение туберкулеза важной частью ухода за здоровьем ВИЧ инфицированных лиц. Симптомами первичного активного туберкулеза являются упорный кашель, боль в груди, выкашливание крови или мокроты, усталость, потеря веса, потеря аппетита, озноб, лихорадка и ночное потение.

Среди инфицированных, но асимптоматичных лиц, иммунная система способна разрушить или "огородить стеной" бактерии ТБ. В течение многих лет эти замурованные бактерии могут оставться неактивными и быть реактивированы. Факторами риска реактивации являются старческий возраст, иммунносупрессия, диабет, почечная недостаточность и истощение. Процент реактивации составляет примерно 5 процентов среди общего населения. В целом, по всему миру, показатель смертности среди лиц, имевших туберкулез, был оценен в 55 процентов для нелеченных лиц, и 15 процентов для лиц, получивших лечение, однако оценки могут широко варьировать по регионам и уровню социально-экономического развития (CDC, 1993).

13.1.2 Важность для общественного здравоохранения

Туберкулез является большой мировой проблемой здоровья и в настоящий момент, ежегодно отвечает за смерть примерно 2 миллионов людей. Большую озабоченность в сфере охраны здоровья в станах бывшего Советского Союза вызывает увеличение распространенности туберкулеза, вызванного штаммами бактерии, устойчивой (резистентной) ко всем основным анти-туберкулезным лекарствам, в частности изониазиду и рифампицину. Содействующими факторами полирезистентного ко многим лекарственным препаратам туберкулеза (ПР-ТБ), являются: нерегулярное принятие лекарств пациентами или они не заканчивают назначенный курс лечения, или врачи и медицинские работники прописывают неправильные режимы лечения, а так же и ненадежные поставки лекарств. Хотя ПР-ТБ можно вылечить, это требует обширной химиотерапии, которая может быть неподъемно дорогой и более токсичной для пациентов.

Туберкулез является значительной проблемой охраны здоровья в Узбекистане. Согласно информации, опубликованной Всемирной Организацией Здравоохранения за 2001 год, число оценки новых случаев ТБ в год составило 23,345 случаев или 92 на 100,000 населения (WHO, 2003). Эта оценка представляет значительное повышение с 1998 года, когда оценка показателя новых случаев была 58 на 100,000 (WHO/EURO, 1999).

13.1.3 Диагностика, лечение и контроль

Диагноз туберкулеза ставиться посредством комбинации сбора анамнеза пациента, клинического обследования (включая патологическую рентгенографию, если есть возможность), и диагностические тесты. Дешевым и широко используемым в мире скрининг тестом, является микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые бактерии, с использованием специальных красителей. Типично среди населения, 10-15 процентов всех активных случаев туберкулеза будут вне-легочными, 35-40 процентов будут легочными с отрицательной мокротой и 50-60 процентов будут легочными с положительной мокротой (WHO, 1999). Таким образом, диагностическое скринирование с использованием этого теста, не выявляет туберкулез среди значительного числа лиц с активным туберкулезом.

ВОЗ рекомендует стратегию по контролю ТБ, известную как DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course- Прямое обсервационное лечение, короткий курс) который совмещает: 1) выявление случая путем взятия мазка мокроты на микроскопическое исследование среди больных с симптомами, самостоятельно обратившихся в органы здравоохранения; 2) стандартизированное лечение коротким курсом химиотерапии совместно с прямым обсервационным лечением; и 3) стандартизированная регистрация и регистрационная система, которая прослеживает лечение каждого больного, и в результате предоставляет данные для програм по контролю ТБ. К концу 2001 года, программой DOTS были охвачены 37 процентов населения Узбекистана. В настоящее время страна рассматривает решение относительно расширения применения стратегии DOTS.

Мировая Ассамблея Здравоохранения недавно определила на уровне стран цели к 2005 году по контролю ТБ. Целями являются: 1) 70 процентов выявления новых случаев ТБ с позитивными мазками и 2) 85 процентов успешного лечения новых обнаруженных случаев с положительными мазками. Первая цель измеряется по показателю выявления случаев (CDR the case detection rate), определяемой как годовое количество новых сообщений позитивных мазков над оценочным годовым показателем новых случаев с позитивнымим мазками. Вторая цель может быть измерена путем соотношения зарегистрированных новых случаем с позитивными мазками, кто был вылечен или закончил лечение в течение определенного периода времени.

В Узбекистане, количество новых случаев с положительными мазками мокроты, выявленных в 2001 году составило 4,608, тогда как оценочная частота таковых новых случаев была 10,438, в результате чего показатель выявленных случаев CDR составил 44 процента. Из 1,030 новых случаев с позитивными мазками, зарегистрированными в регионах, охваченных программой DOTS в 2000 году, 80 процентов были, либо излеченными, либо завершившими лечение (WHO, 2003).

Стратегия DOTS Всемирной Организации Здравоохранения основана на предпосылке, что туберкулез является излечимой болезнью, достигающей показателя в 95 процентов, часто используя недорогие лекарства. Оценочное измерение стоимости 6 месячного снабжения лекарствами по стандартному протоколу, составляет примерно 11 долларов США. Таким образом, для тех, кто составляет программы, является важным иметь информацию о широте осознания населением того, что туберкулез обычно излечим в амбулаторных условиях без госпитализации, если индивидуальное лицо диагностировано вовремя и закончило полный курс лечения.

Второй важной предпосылкой стратегии DOTS является то, что следуя в течение двух месяцев стандартному курсу лечения, большинство заболевших лиц становятся не-заразными (т.е 75-85 процентов новых случаев с позитивными мазками; WHO, 1999). Такие лица могут продолжать свое лечение в течение оставшихся 4-6 месяцев в домашних условиях, без риска для друзей и членов семьи. Идеальным является, если друг или член семьи проявляют желание быть обученным в качестве наблюдателя для усиления следованию режиму лечения. Таким образом, тем кто планирует программы, важно оценить желание взрослых ухаживать за зараженным ТБ членом семьи в домашних условиях.

2002 ИЗНУ включает, как для женщин, так и для мужчин, ряд вопросов относительно знаний о туберкулезе, включая способ заражения, симптомах, степени излечения, желания по уходу за инфицированным членом семьи, и само-сообщенном диагнозе туберкулеза.

13.1.4 Знания о туберкулезе и путях заражения

Женщинам и мужчинам были заданы вопросы от том, слышали ли они о заболевании, называемом туберкулез, и могут ли они перечислить симптомы или признаки больного туберкулезом. Как показано в Таблице 13.1, большинство взрослых сообщило, что они слышали о туберкулезе (84 процентов женщин и 81 процент мужчин), но имеется некоторая вариабельность в зависимости от некоторых медико-биологических факторов респондентов. Как среди женщин, так и мужчин, осведомленность о туберкулезе увеличивается с возрастом и образованием. Городские взрослые имеют более высокие показатели осведомленности, чем сельские жители. Это соответствует региональному подразделению, которое показывает наиболее высокую осведомленность среди жителей города Ташкента (99 процентов женщин и 94 процента мужчин). Наименьшие показатели осведомленности выявлены в Восточно-Центральном регионе для женщин, и Восточном регионе для мужчин, около 70 процентов.

Респондентов, которые были осведомлены о ТБ, так же просили назвать пути передачи туберкулеза от одного лица к другому. Шестьдесят процентов от всех женщин и 55 процентов всех мужчин, правильно сообщили, что ТБ распространяется через воздух при кашле, тогда как 11 процентов от всех женщин и 12 процентов от всех мужчин неправильно заявили, что ТБ распространяется другими путями, через зараженную еду или посуду.

Дальнейшее изучение знаний о путях передачи по подгруппам, выявило характер, похожий на таковой в отношении осведемленности о ТБ. Как среди женщин, так и мужчин, правильное знание о распространении ТБ через воздух при кашле увеличивается с образованием (до 80 процентов среди лиц с высшим образованием) и возрастом (около 70 процентов взрослых в возрасте 40-44 лет). Городские взрослые скорее, чем сельские, давали подобный ответ. Регионально, процент взрослых с правильными знаниями значительно варьирует, от 45-84 процентов среди женщин и 45-76 процентов среди мужчин, с наиболее высоким процентом выявленном в городе Ташкенте для обоих полов.

Таблица 13.1 Знания о туберкулезе: женщины и мужчины

Процент женщин и мужчин слышавших о туберкулезе и процентное распределение по знаниям путей передачи туберкулеза в зависимости от социально бтологических факторов, Узбекистан 2002

	Женщины							Мужчины						
		Знания о путях передачи туберкулеза							Знания о путях передачи туберкулеза					
Социально-биологические факторы	Когда-либо слы-шала о ТБ	Через воздух при кашле	Сообщи-ла о других путях передачи ТБ	Не знает как пере-дается ТБ	Никогда не слыша-ла о ТБ	Всего	Число	Когда-либо слы-шал о ТБ	Через воздух при кашле	Сооб-щил о других путях передачи ТБ	Не знает как пере-дается ТБ	Никогда не слы-шал о ТБ	Всего	Число
Возраст														
15-19	69.5	46.3	8.7	14.5	30.5	100.0	1,091	62.4	38.2	9.2	15.0	37.6	100.0	380
20-29	82.8	58.3	10.3	14.2	17.2	100.0	1,858	76.5	50.1	11.7	14.7	23.5	100.0	787
30-39	91.3	66.6	11.7	13.1	8.7	100.0	1,421	89.0	61.9	12.9	14.2	11.0	100.0	550
40-49	90.5	67.4	11.5	11.6	9.5	100.0	1,092	92.0	66.5	11.2	14.3	8.0	100.0	423
50-59	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	92.9	66.7	12.9	13.3	7.1	100.0	193
Место жительства														
Город	90.5	68.9	11.7	9.9	9.5	100.0	2,175	86.3	65.1	8.7	12.5	13.7	100.0	916
Село	79.5	53.9	9.9	15.8	20.5	100.0	3,288	78.1	49.0	13.4	15.7	21.9	100.0	1,417
Регион														
Западный	95.4	77.0	10.7	7.7	4.6	100.0	699	85.2	59.6	11.2	14.3	14.8	100.0	314
Центральный	90.9	59.9	13.9	17.1	9.1	100.0	1,310	85.8	44.8	24.0	17.0	14.2	100.0	510
Восточно-Центральный	71.2	45.1	7.0	19.1	28.8	100.0	1,431	84.5	55.0	9.6	19.9	15.5	100.0	646
Восточный	79.5	57.6	10.3	11.6	20.5	100.0	1,518	69.0	55.6	6.5	7.0	31.0	100.0	665
Город Ташкент	99.0	84.5	12.9	1.6	1.0	100.0	503	94.3	75.5	3.7	15.1	5.7	100.0	198
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	95.8	75.6	11.3	9.0	4.2	100.0	387	94.1	73.3	8.9	11.8	5.9	100.0	185
Ферганская Область	88.0	68.7	10.5	8.8	12.0	100.0	632	70.6	49.6	13.0	8.0	29.4	100.0	259
Образование														
Начальное и неполное среднее	65.5	38.0	9.3	18.2	34.5	100.0	578	69.1	45.5	8.4	15.2	30.9	100.0	188
Среднее	81.3	54.9	10.8	15.5	18.7	100.0	3,189	79.0	50.0	12.8	16.2	21.0	100.0	1,311
Среднее специальное	94.0	74.7	10.5	8.8	6.0	100.0	1,122	80.4	55.0	12.7	12.7	19.6	100.0	470
Высшее	97.2	80.0	11.1	6.1	2.8	100.0	574	97.0	79.8	7.5	9.7	3.0	100.0	364
Всего	83.9	59.9	10.6	13.4	16.1	100.0	5,463	81.3	55.3	11.6	14.4	18.7	100.0	2,333

Нп = не применимо

13.1.5 Знания симптомов туберкулеза

Респондентов, которые были осведомлены о ТБ просили перечислить (спонтанно, без подсказки) любые симптомы или признаки, которые могут убедить, что человек болен туберкулезом. Тех респондентов, кто правильно назвал один или больше признаков туберкулеза, затем просили назвать (без подсказки) любые сипмотмы ТБ, которые убедят их в необходимости обращения за медицинской помощью.

Таблицы 13.2.1 и 13.2.2 показывают распределение признаков и симптомов ТБ, по результатам ответов женщин и мужчин, соответственно. Не- специфичный кашель, кашель с мокротой, и упорный кашель, являлись наиболее часто упоминаемыми симптомами среди женщин, варьируя в пределах 18-44 процентов, вместе с потерей веса (23 процента), тогда как ночная потливость и летаргия, являлись наиболее редко упоминаемыми симптомами.

Таблица 13.2.1 Знания о симптомах туберкулеза: женщины

Процент женщин сообщивших специфические симптомы туберкулеза в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Симптомы туберкулеза														
	Не специфический кашель	Кашель с мокротой	Кашель в течение нескольких недель	Любой кашель	Лихорадка (температура)	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночное потоотделение	Боль в груди	Усталость/ Утомляемость	Потеря веся	Летаргия	Другое	Не Знаю	Число
Возраст															
15-19	33.1	14.4	12.9	47.2	8.2	4.6	3.0	1.5	4.2	7.1	14.7	0.6	3.2	18.7	1,091
20-29	41.0	20.0	18.4	62.4	10.7	6.8	4.3	2.5	6.5	12.1	22.2	1.1	2.2	16.3	1,858
30-39	50.9	23.6	20.7	72.8	14.5	8.8	6.0	3.4	7.8	15.1	26.1	0.9	4.6	13.7	1,421
40-49	50.9	27.2	20.0	73.2	14.2	8.0	8.1	4.0	8.1	15.2	30.1	1.0	3.2	13.4	1,092
Место жительства															
Город	49.2	32.1	24.1	77.5	13.3	10.2	6.6	4.5	8.2	13.6	30.5	1.5	2.9	9.6	2,175
Село	40.5	14.0	14.3	55.4	11.0	5.1	4.4	1.7	5.7	11.7	18.6	0.5	3.4	19.4	3,288
Регион															
Западный	57.1	29.9	17.9	84.0	13.0	17.3	8.9	5.1	15.8	17.1	47.3	2.1	1.8	7.1	699
Центральный	53.4	12.2	5.7	60.1	10.1	4.7	4.4	1.9	5.2	16.6	15.3	1.0	9.5	22.5	1,311
Восточно-Центральный	35.2	14.2	17.0	49.0	11.5	3.7	4.7	2.8	5.2	14.4	21.8	0.6	1.3	19.5	1,431
Восточный	37.3	18.8	24.2	62.1	12.6	4.1	4.2	1.5	4.7	6.5	20.3	0.1	1.2	14.4	1,518
Город Ташкент	46.3	59.8	36.7	97.1	13.9	18.2	7.2	6.3	8.1	8.1	24.1	2.5	0.3	1.0	503
Регионы расширенной выборки															
Каракалпакстан	60.6	28.8	22.1	82.5	17.0	20.6	7.7	6.1	18.6	19.7	49.1	2.7	1.5	9.5	387
Ферганская Область	34.7	21.8	31.4	71.1	14.7	7.6	4.0	1.2	5.1	4.5	26.7	0.2	1.9	11.7	632
Образование															
Начальное и неполное среднее	26.3	14.3	10.5	39.8	7.7	2.7	3.0	1.5	4.9	8.5	14.4	0.7	1.1	21.3	578
Среднее	41.2	16.5	16.0	58.5	9.8	6.0	4.2	2.0	5.7	10.1	18.5	0.8	3.1	18.5	3,189
Среднее специальное	55.1	30.3	22.9	80.5	17.4	10.5	6.3	5.0	8.1	18.8	33.1	0.8	4.9	9.0	1,122
Высшее	55.5	36.7	29.0	88.8	16.9	11.5	11.3	4.5	11.2	17.0	39.8	1.8	2.7	5.8	574
Всего	44.0	21.2	18.2	64.2	11.9	7.1	5.2	2.8	6.7	12.5	23.3	0.9	3.2	15.5	5,463

Примечание: В графе Всего исключены 2 женщины с пропущенной информацией по знаниям симптомов туберкулеза.

Таблица 13.2.2 Знания о симптомах туберкулеза: мужчины

Процент мужчины сообщивших специфические симптомы туберкулеза в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

	Симптомы туберкулеза														
Социально-биологические факторы	Не специфический кашель	Кашель с мокротой	Кашель в течение нескольких недель	Любой кашель	Лихорадка (температура)	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночное потоотделение	Боль в груди	Усталость/ Утомляемость	Потеря веся	Летаргия	Другое	Не Знаю	Число
Возраст															
15-19	26.6	6.6	5.2	32.6	5.9	4.2	1.1	1.2	2.3	8.1	10.0	0.6	1.6	25.1	380
20-29	36.9	13.5	8.8	48.0	8.2	6.5	5.1	0.8	5.3	13.7	24.7	1.4	3.7	23.8	787
30-39	48.9	19.6	12.8	64.7	12.3	7.0	3.1	3.3	9.7	18.3	26.7	1.0	5.0	20.5	550
40-49	48.7	23.5	11.8	65.2	11.0	9.3	6.6	1.9	7.9	18.8	31.7	1.7	1.7	22.3	423
50-59	55.9	25.2	17.6	73.0	7.8	10.6	5.4	1.4	13.1	19.9	36.1	6.3	4.5	15.2	193
Место жительства															
Город	50.0	21.7	12.9	65.8	10.0	9.6	4.2	2.2	7.8	12.8	27.7	0.6	3.5	16.5	916
Село	36.4	13.3	8.9	47.3	8.8	5.5	4.3	1.4	6.5	16.9	23.2	2.3	3.3	26.0	1,417
Регион															
Западный	58.2	14.0	4.6	64.9	2.5	5.7	2.3	2.7	10.4	14.4	30.8	0.7	1.9	14.1	314
Центральный	36.9	10.1	5.0	42.8	13.7	4.0	4.5	1.4	3.6	18.0	12.2	5.6	9.3	34.6	510
Восточно-Центральный	33.4	17.6	14.5	52.0	6.6	8.3	5.3	1.9	6.0	25.3	32.3	1.1	1.4	29.2	646
Восточный	41.7	18.3	12.7	55.5	10.8	6.6	4.0	0.7	9.5	7.6	28.9	0.0	2.3	12.2	665
Город Ташкент	55.7	28.1	13.0	74.0	12.1	14.7	4.3	3.2	5.3	3.3	11.4	0.3	0.3	14.5	198
Регионы расширенной выборки															
Каракалпакстан	71.0	15.1	7.9	76.9	2.7	8.0	3.9	4.1	14.4	16.9	39.4	0.7	1.4	12.3	185
Ферганская Область	31.4	35.7	5.0	55.1	11.8	11.8	6.4	1.2	7.5	16.5	29.6	0.0	2.8	13.3	259
Образование															
Начальное и неполное среднее	34.6	10.5	10.6	42.2	6.5	9.2	4.6	2.3	4.8	15.3	14.4	1.1	1.5	22.1	188
Среднее	37.4	13.2	9.4	48.3	5.9	4.7	2.4	1.5	5.4	12.0	21.5	1.4	3.2	26.8	1,311
Среднее специальное	44.3	19.0	9.4	58.0	10.0	8.2	4.1	0.9	6.8	13.9	22.9	1.6	5.5	17.0	470
Высшее	57.9	28.7	15.3	79.4	21.9	13.0	11.1	3.1	13.9	28.9	45.6	2.7	2.3	12.7	364
Всего	41.7	16.6	10.4	54.6	9.3	7.1	4.3	1.7	7.0	15.3	25.0	1.6	3.4	22.3	2.330

Примечание: В графе Всего исключены 1 мужчины с пропущенной информацией по знаниям симптомов туберкулеза.

Процент женщин, назвавших кашель любого вида в качестве симптома, увеличивается с возрастом, от 47 процентов в наиболее молодой по возрасту группе, до 74 процентов в наиболее старшей возрастной группе; и с уровнем образования, от 40 процентов при низких уровнях образования, до 89 процентов среди высших уровней образования. Кашель любого рода наиболее часто упоминается женщинами из городских регионов (78 процентов), чем из сельских (55 процентов). Подобный характер так же прослеживается при анализе процента женщин, назвавших потерю веся в качестве симптома ТБ по возрасту, образованию и городскому/сельскому месту проживания. Имеются большие региональные различия в сообщениях по кашлю любого рода и потере веса. Примечательно, что оба симптома, “кашель с мокротой” и “упорный кашель”, которые являются более специфичными симптомами, чем “кашель”, наболее часто упоминались женщинами, живущими в городе Ташкенте.

Среди мужчин, не-специфический кашель и потеря веса, являются наиболее часто упоминаемыми симптомами - в 42 процентов и 25 процентов, соответственно; следуемые кашлем с мокротой и усталостью или утомляемостью - 17 процентов и 15 процентов, соответственно. Ночная потливость и летаргия, так же являются наиболее редко упоминаемыми симптомами среди мужчин. Подобно тенденциям, описанным для женщин, процент мужчин назвавших в качестве симптомов кашель любого вида и потерю веса, значительно возрастает с возрастом и

образованием, и выше в городских, чем в сельских регионах. Опять же, сообщение этих симптомов мужчинами, значительно варьирует по регионам.

Процент женщин и мужчин, назвавших специфические симптомы туберкулеза, которые убедят их обратиться за медицинской помощью среди тех, кто правильно назвал один или больше симптомов туберкулеза, представлены в Таблицах 13.3.1 и 13.3.2. Не-специфический кашель является наиболее часто упоминаемым симптомом среди женщин- в 56 процентах, следуемый упорным кашлем, кашлем с мокротой, лихорадкой и потерей веса (в пределах 20-31 процентов). Наиболее редко упоминаемым женщинами симптомом, была летаргия.

Таблица 13.3.1 Симптомы туберкулеза , которые заставят обратиться за медицинской помощью: женщины

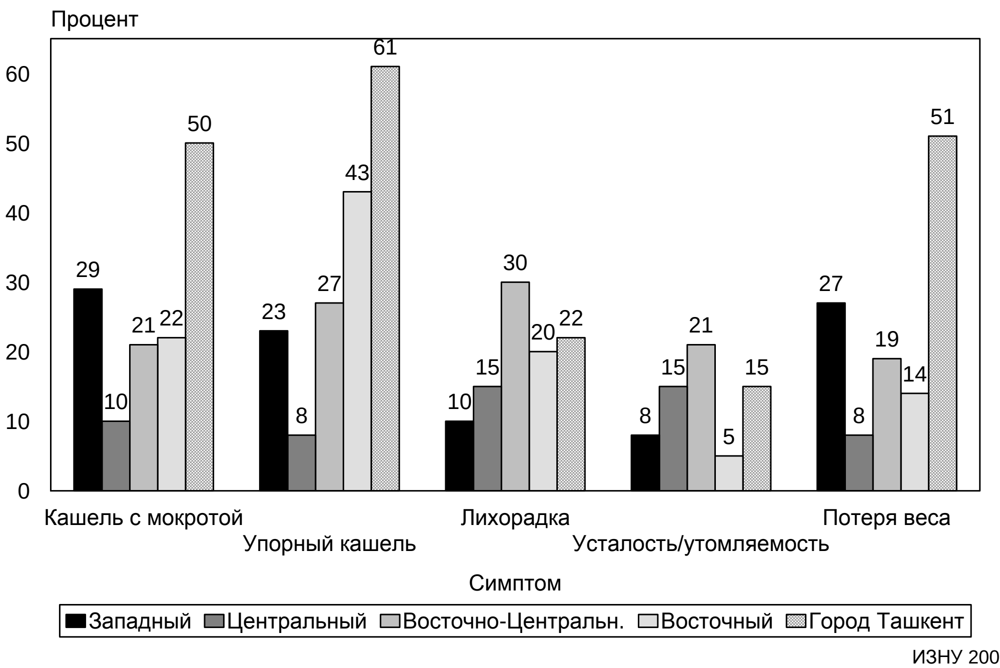
Среди женщин знающих один или больше симптомов туберкулеза, процент назвавших специфические симптомы, которые могут убедить их обратиться за медицинской помощью, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

	Симптомы туберкулеза														
Социально-биологические факторы	Не специфический кашель	Кашель с мокротой	Кашель в течение нескольких недель	Любой кашель	Лихорадка (температура)	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночное потоотделение	Боль в груди	Усталость/ Утомляемость	Потеря веса	Летаргия	Другое	Не Знаю	Число
Возраст															
15-19	53.7	23.7	29.7	87.1	14.0	7.0	7.2	2.7	7.9	8.9	20.1	1.2	2.8	6.2	554
20-29	54.3	23.2	31.4	89.1	17.5	8.0	5.0	1.8	8.0	11.6	21.6	1.0	1.8	4.4	1,236
30-39	56.7	23.0	30.7	89.8	21.9	7.3	5.6	2.5	10.4	14.6	20.5	0.6	3.0	3.8	1,104
40-49	57.2	26.1	29.4	89.6	23.1	8.7	8.2	5.0	9.6	12.9	20.3	1.0	1.6	3.9	842
Место жительства															
Город	53.6	29.8	35.8	91.6	20.4	11.3	7.7	4.2	11.5	11.9	27.0	1.1	1.6	3.5	1,760
Село	57.3	18.6	25.8	86.9	18.8	4.7	4.9	1.7	6.9	12.8	15.2	0.7	2.8	5.2	1,975
Регион															
Западный	47.5	29.1	23.2	89.8	9.9	11.0	6.9	2.4	11.4	8.4	27.2	0.9	0.7	2.2	617
Центральный	73.0	10.3	7.9	83.4	14.7	3.8	3.0	2.2	7.3	14.9	8.4	1.2	7.4	5.6	897
Восточно-Центральный	50.9	21.1	26.9	82.8	30.4	4.5	6.0	2.0	7.0	20.7	18.9	0.0	0.3	11.3	740
Восточный	54.9	22.1	43.1	93.9	20.5	4.3	4.2	1.9	4.7	5.0	14.4	0.2	0.8	1.6	988
Город Ташкент	42.3	49.9	60.6	98.5	22.1	23.5	15.6	7.9	21.1	14.9	50.6	2.9	0.7	0.1	493
Регионы расширенной выборки															
Каракалпакстан	49.3	26.8	26.8	88.7	13.6	14.9	4.8	2.5	15.0	8.1	30.8	0.7	0.4	2.5	334
Ферганская Область	45.4	20.5	44.9	91.5	18.4	7.5	4.0	1.4	4.8	5.1	17.5	0.5	1.3	1.6	482
Образование															
Начальное и неполное среднее	52.8	22.9	26.0	86.1	18.4	7.4	5.0	3.4	12.3	13.7	19.9	0.7	1.8	6.2	255
Среднее	56.5	21.0	29.2	87.6	17.0	6.4	5.6	2.1	7.3	11.0	17.0	1.0	2.3	5.8	2,001
Среднее специальное	55.4	28.8	30.5	90.8	21.2	9.3	5.6	3.8	9.7	13.9	22.7	0.7	3.3	2.7	954
Высшее	53.8	26.6	37.3	93.1	26.9	10.8	10.0	3.8	12.8	14.2	31.9	0.9	0.6	1.2	525
Всего	55.6	23.9	30.5	89.1	19.5	7.8	6.2	2.9	9.0	12.4	20.8	0.9	2.3	4.4	3,736

Восемьдесят девять процентов женщин назвали любой кашель в качестве симптома, который убедит их обратиться за медицинской помощью. Соответственно, в подгруппах, показанных в Таблице 13.3.1 больших вариаций по этому ответу нет. Однако, более специфические симптомы- кашель с мокротой и упорный кашель, были названы более часто городскими женщинами, чем сельскими, и женщинами живущими в городе Ташкенте, по сравнению с женщинами из других регионов. Сообщение потери веса, как симптома, побуждающего к обращению за медицинской помощью, более часто встречается среди городских, чем сельских женщин (27 процентов против 15 процентов), увеличиваясь с уровнем образования, и широко варьируя по регионам, от 8 процентов в Центральном регионе до 51 процента в городе

Ташкенте. Сообщение лихорадки, в качестве симптома, побуждающего к обращению за медицинской помощью, также широко варьирует по регионам, что показано Рисунком 13.1.1.

Рисунок 13.1.1 Среди женщин, осведомленных об одном или более симптомах туберкулеза, процент способных назвать симптомы, которые бы побудили их к обращению за медицинской помощью, по регионам



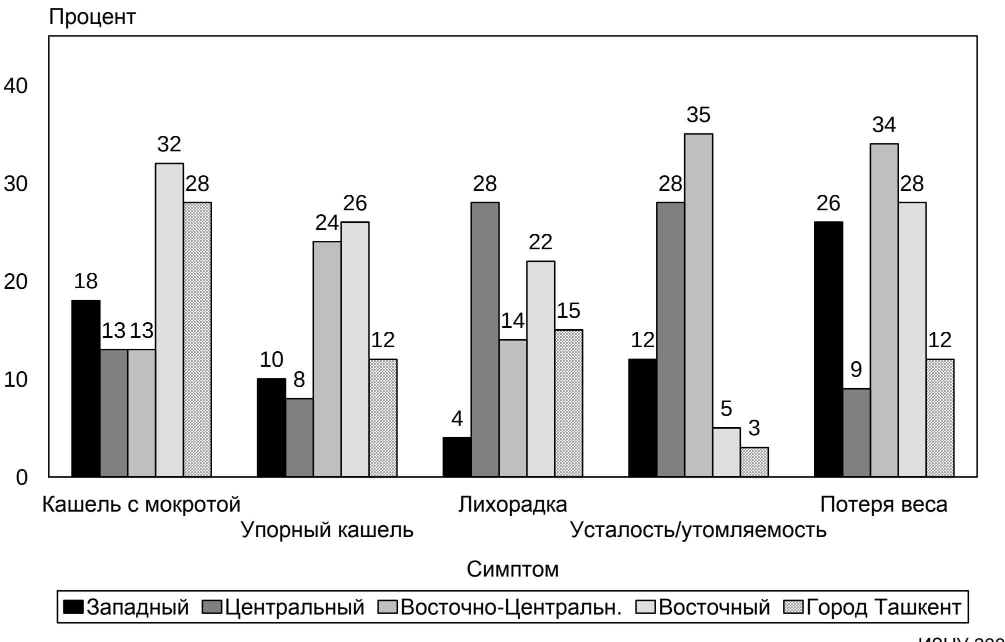
Среди мужчин, 63 процентов назвали не- специфический кашель в качестве симптома туберкулеза, который заставит обратиться за медицинской помощью. Остальными, часто упоминаемые мужчинами симптомами, были названы: потеря веса, кашель с мокротой, усталость или утомляемость и лихорадка, варьируя в пределах 17-24 процентов. Любого рода кашель был назван 85 процентами мужчин в качестве симптома, который заставит их обратиться за медицинской помощью. Никаких особенных различий по этим, наиболее часто упоминаемым симптомам, по подгруппам, показанным в Таблице 13.3.2 не было выявлено, за исключением региональных различий, что видно из Рисунка 13.1.2.

Таблица 13.3.2 Симптомы туберкулеза , которые заставят обратиться за медицинской помощью: мужчины

Среди мужчин знающих один или больше симптомов туберкулеза, процент назвавших специфические симптомы, которые могут убедить их обратиться за медицинской помощью, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Симптомы туберкулеза: Не специфиче-ский кашель	Кашель с мокротой	Кашель в течение нескольких недель	Любой кашель	Лихорадка (температура)	Кровь в мокроте	Потеря аппетита	Ночное потоотделение	Боль в груди	Усталость/ Утомляемость	Потеря веся	Летаргия	Другое	Не Знаю	Число
Возраст															
15-19	63.1	16.0	9.0	79.8	16.6	8.0	1.7	0.2	2.8	14.7	17.4	0.0	3.2	10.6	142
20-29	66.1	20.2	12.9	85.4	18.6	7.3	5.3	2.1	11.0	16.4	25.2	1.9	2.8	4.1	415
30-39	62.3	19.5	19.8	86.0	16.4	7.2	4.6	1.2	10.6	21.8	21.1	0.5	6.0	4.0	376
40-49	60.0	23.7	23.2	87.1	15.8	10.3	4.7	1.9	9.8	19.6	22.6	2.1	2.9	4.4	295
50-59	58.5	24.3	22.7	85.6	19.8	6.8	1.9	0.8	11.5	14.4	35.3	4.3	1.7	7.6	150
Местожительства															
Город	62.4	24.4	18.8	86.2	18.3	8.9	3.4	2.6	9.2	13.2	22.7	0.9	3.4	4.5	639
Село	62.8	17.6	16.7	84.6	16.5	7.0	5.0	0.5	10.4	22.5	24.8	2.3	3.8	5.8	738
Регион															
Западный	75.9	18.5	9.5	88.4	3.5	5.0	3.0	1.2	10.7	12.4	26.4	0.0	1.8	2.3	224
Центральный	63.4	13.0	7.5	69.5	27.8	4.9	8.1	0.0	10.4	28.3	8.7	6.5	13.3	13.8	261
Восточно-Центральный	61.8	13.1	23.6	88.1	14.5	6.1	4.2	2.1	7.9	35.2	33.7	1.2	0.5	6.4	357
Восточный	54.2	31.9	26.1	92.5	21.9	8.7	1.8	0.5	11.8	4.7	28.1	0.0	2.4	1.3	378
Город Ташкент	64.4	27.5	12.3	83.9	15.1	19.5	5.5	5.2	7.3	3.1	12.4	0.7	0.2	1.7	158
Регионы расширенной выборки															
Каракалпакстан	80.3	18.5	12.1	93.5	3.3	6.0	3.2	1.7	9.4	11.1	29.0	0.0	1.6	0.3	152
Ферганская Область	31.7	53.6	7.3	86.6	12.9	16.2	4.7	1.4	7.1	10.7	44.2	0.0	3.4	2.0	149
Образование															
Начальное и неполное среднее	61.4	14.4	16.9	86.3	20.5	10.4	8.0	0.0	14.8	24.9	20.5	2.3	2.5	2.3	88
Среднее	62.9	18.6	17.7	84.9	13.6	5.0	3.1	1.2	7.2	14.9	22.7	1.1	3.9	7.4	684
Среднее специальное	61.8	20.3	15.8	82.9	18.2	6.7	3.0	0.3	9.3	13.9	23.6	2.5	5.4	4.3	298
Высшее	63.0	27.8	19.6	88.4	23.8	14.8	6.9	3.5	14.8	27.7	27.3	1.8	1.6	1.9	307
Всего	62.6	20.7	17.7	85.4	17.3	7.9	4.2	1.5	9.8	18.2	23.8	1.6	3.6	5.2	1,377

Рисунок 13.1.2 Среди мужчин, осведомленных об одном или более симптомах туберкулеза, процент способных назвать симптомы, которые бы побудили их к обращению за медицинской помощью, по регионам



13.1.6 Знания о прогнозе туберкулеза и готовность ухаживать за больным туберкулезом

Осведомленных о туберкулезе респондентов спрашивали, если они знают о том, что туберкулез полностью излечим при лечении надлежащими лекарствами. В целом, около 56 процентов женщин и мужчин, кто слышал о туберкулезе, знали, что ТБ излечим (Таблица 13.4). Процент осведомленных о положительном прогнозе увеличивается с возрастом и образованием, и варьирует по регионам. Среди женщин, знание того, что ТБ может быть полностью излечен, варьирует с низких пределов 39 процентов в городе Ташкенте и Центральном регионе до высоких пределов в 85 процентов в Западном регионе; пределы вариаций для мужчин гораздо уже. Заметно, что в Западном регионе, женщины значительно более, чем мужчины, осведомлены о положительном прогнозе, тогда как противоположное верно для города Ташкента (Рисунок 13.2).

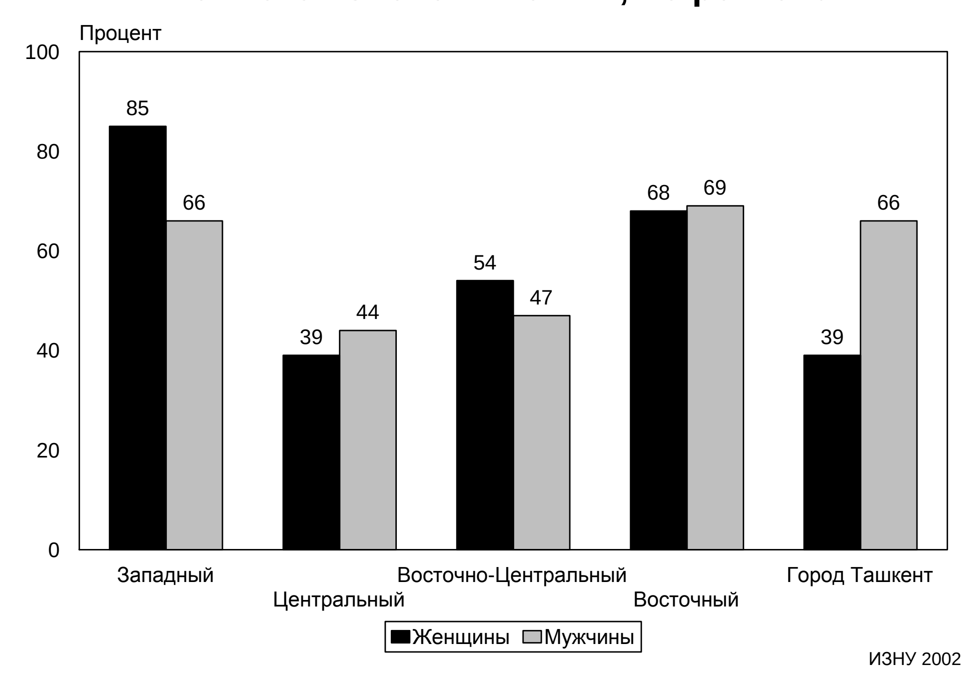
Таблица 13.4 Знание о том, что туберкулез излечим и готовность ухаживать за членом семьи с туберкулезом

Среди женщин и мужчин слышавших о туберкулезе, процент сообщивших что туберкулез полностью излечим и процент сообщивших готовность ухаживать за членом семьи с туберкулезом в домашних условиях , в зависимости от социально-биологических факторов,Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины			Мужчины		
	Знают что ТБ полностью излечим	Готовность ухаживать за членом семьи с ТБ	Число женщин	Знают что ТБ полностью излечим	Готовность ухаживать за членом семьи с ТБ	Число мужчин
Возраст						
15-19	48.1	78.5	758	44.3	82.3	237
20-29	54.0	82.3	1,538	50.1	84.2	602
30-39	60.6	83.4	1,298	57.8	89.7	489
40-49	62.0	83.5	989	63.4	89.5	389
50-59	Нп	Нп	Нп	71.9	91.9	180
Место жительства						
Город	55.9	82.1	1,969	60.7	86.4	790
Село	57.2	82.4	2,614	52.9	87.8	1,106
Регион						
Западный	85.3	78.9	667	65.7	99.1	268
Центральный	38.8	89.2	1,192	43.6	88.7	437
Восточно-Центральный	53.6	75.5	1,019	47.1	80.2	546
Восточный	68.2	81.7	1,207	69.4	90.0	459
Город Ташкент	39.0	85.3	498	65.5	80.3	187
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	85.1	81.6	370	75.8	98.6	174
Ферганская Область	77.0	74.0	556	58.1	75.7	183
Образование						
Начальное и неполное среднее	43.2	80.7	378	57.3	88.4	130
Среднее	55.3	82.7	2,591	49.1	86.0	1,036
Среднее специальное	61.5	80.3	1,055	61.6	87.6	378
Высшее	62.7	85.1	558	70.6	90.0	354
Сведение концов с концами						
Большие трудности	55.5	82.4	1,305	55.5	89.4	492
Некоторые трудности	60.6	81.7	1,579	54.8	85.3	697
Небольшие трудности	52.7	82.7	1,356	57.6	88.1	558
Легко	58.1	82.9	335	58.7	85.4	150
Всего	56.6	82.2	4,583	56.1	87.2	1,897

Нп = Не применимо

Рисунок 13.2 Среди осведомленных о туберкулезе (ТБ) женщин и мужчин, процент знающих о возможности полного излечения от ТБ, по регионам

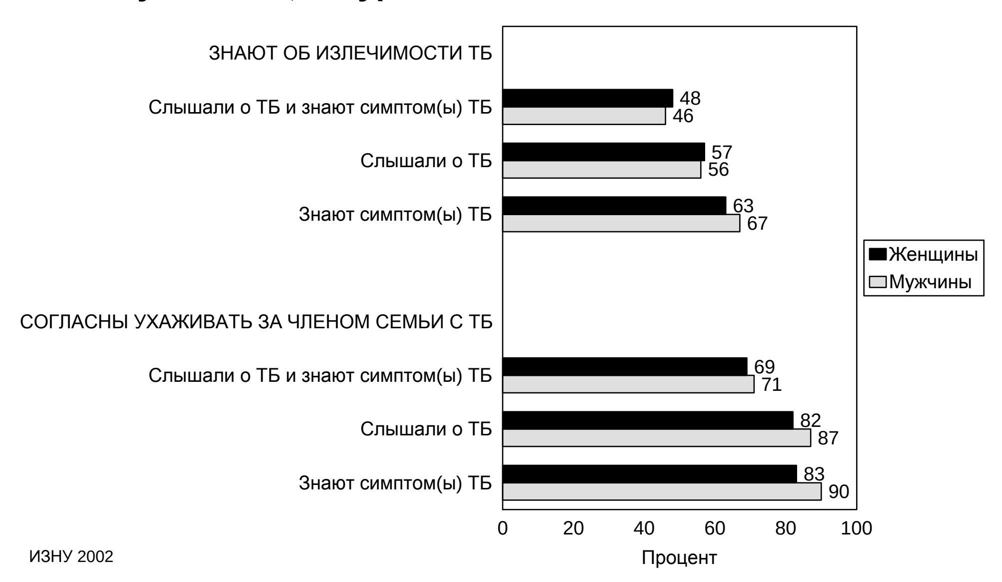


Тех же самых респондентов спрашивали, согласятся ли они ухаживать за членом семьи в домашних условиях в течение дальнейшего лечения, если он или она закончили полное лечение туберкулеза в больнице. Основное большинство, 82 процента женщин и 87 процентов мужчин, ответили на этот вопрос положительно. Ответы по подгруппам особенно не варьируют, за исключением по регионам для мужчин (80 процентов в Восточно-Центральном и 99 процентов в Западном).

В добавок к возрасту, образованию, месту проживания и региону, ответы на эти два вопроса были проанализированы в зависимости от категорий индикаторов экономической стабильности домохозяйства, выбранных из анкеты домовладления, а именно способности “сводить концы с концами”. Ни осведомленность об излечимости ТБ, ни готовность ухаживать за членом семьи с ТБ, значительно не варьировали по этому индикатору.

Рисунок 13.3 показывает проценты положительных ответов на эти два важных вопроса по ТБ по 3 снижающимся знаменателям: 1) все взрослые; 2) взрослые, кто слышал о ТБ (так же, как в Таблице 13.4); и 3) взрослые, кто может назвать один или больше симптомов ТБ. Как процент от всех респондентов, меньше половины (48 процентов женщин и 46 процентов мужчин) знали, что туберкулез излечим, что предполагает необходимость значительного расширения усилий по образованию о ТБ. В отличии от этого, среди лиц, более образованных по вопросам ТБ, определяемым способностью назвать симптомы туберкулеза, знание об излечимости ТБ было значительно выше (63 процентов женщин и 67 процентов мужчин).

Рисунок 13.3 **Процент женщин и мужчин, знающих о возможности полного излечения от ТБ, и процент согласных ухаживать за членом семьи в домашних условиях, по уровню осведомленности о ТБ**



13.1.7 Сообщение о диагностике и лечении ТБ

Менее одного процента женщин респондентов сообщили, что им, когда-либо был поставлен диагноз туберкулеза медицинскими работниками (Таблица 13.5). Среди всех респондентов, диагностированых ТБ, 55 процентов были диагностированы более 5 лет назад, диагноз был поставлен врачем в 98 процентах случаев и 71 процент случаев были госпитализированы.

Таблица 13.5 Диагноз туберкулеза : женщины и мужчины

Процент женщин 15-49 лет и мужчин 15-59 лет, сообщивших, что им когда-либо был поставлен диагноз туберкулеза, и среди диагностированных с туберкулезом, процентное распределения по времени, когда диагноз был поставлен, и по лицу, поставившему диагноз, и процент когда-либо госпитализированных с туберкулезом, Узбекистан 2002

			Среди лиц с диагнозом туберкулеза									
			Продолжительность времени с момента постановки диагноза					Лицо, поставившее диагноз				
Социально-биологические факторы	Процент с диагнозом ТБ в любой момент жизни	Число	Менее 6 месяцев назад	6-11 месяце в назад	1-5 лет назад	Более 5 лет назад	Всего	Врач	Другой	Всего	Процент когда-либо госпитали-зированных с ТБ	Число
Мужской	0.8	2,333	(0.0)	(15.7)	(6.0)	(68.3)	(100.0)	(100.0)	(0.0)	(100.0)	(78.9)	19
Женский	0.6	5,463	(9.4)	(12.5)	(21.9)	(56.2)	(100.0)	(93.8)	(7.2)	(100.0)	(65.6)	32
Всего	0.7	7,796	5.9	13.7	25.5	54.9	100.0	98.0	2.0	100.0	70.6	51

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях.

13.1.8 Заключение

Туберкулез является полностью излечимой болезнью, в основном поражающей взрослых до 45 лет жизни, т.е. группу населения, которая реже, чем дети и старики, имеет контакт с работниками здравоохранения (за исключением беременных женщин). Поэтому, образование

население в отношении способа передачи ТБ, симптомов, лечения и прогноза, являются важной частью программы контроля ТБ.

В Узбекистане на уровне страны, большинство взрослых слышали о туберкулезе (более 80 процентов), но имеется меньше знаний о том, что ТБ, в основном, рапространяется через воздух при кашле (64 процента женщин и 55 процентов мужчин). Тогда как более половины взрослых назвали кашель любого рода, как симптом туберкулеза, ни один другой симптом не был назван более, чем 25 процентами женщин или мужчин. Вдобавок, большинство респондентов или не слышали о ТБ, или не знали, что ТБ может быть успешно излечен (53 процентов женщин и 54 процентов мужчин).

Среди лиц, кто слышал о туберкулезе, более 85 процентов взрослых назвали кашель любого рода в качестве симптома туберкулеза, который заставит их обратится за медицинской помощью. Потеря веса, лихорадка, усталость или утомляемость были следующими, часто упоминаемыми методами, хотя все они упомянуты менее 25 процентами женщин и мужчин.

Не удивительно, что осведомленность о туберкулезе, верные знания о путях передачи и способность правильно назвать симптомы, все это выше в городских регионах, по сравнению с сельскими, и увеличивается с возрастом и уровнем образования. Знание о том, что туберкулез полностью излечим, так же увеличивается с возрастом и уровнем образования, выше среди городских, чем сельских мужчин, но примерно одинаков для городских и сельских женщин.

Региональные различия являются значительными в отношении осведомленности о туберкулезе, знаниях о способе предачи, способности назвать симптомы и знания того, что туберкулез излечим. По сравнению с жителями других регионов, жители города Ташкента лучше осведомлены о кашле, в качестве симптома и пути передачи. Однако, знание о других симптомах туберкулеза, в общем, низкое в городе Ташкенте. Последующие исследования необходимы для объяснения этих региональных различий.

Различия между различными группами населения в отношении осведомленности и знаний о туберкулезе, имеет значение для образовательных программ в области здравоохранения. Необходимо разработать образовательные сообщения и материалы по туберкулезу, которые были бы доступными молодежи, лицам с низким уровнем образования и сельским жителям. Так же важно, чтобы подобная информация была доступна за пределами системы здравоохранения, так как молодежь (другая, чем беременные женщины), возможно, редко использует эти службы.

В заключение, должно быть отмечено, что большинство респондентов женщин и мужчин, указали, что они готовы ухаживать за членом семьи с туберкулезом в домашних условиях, после полного лечения в больнице. Этот положительный ответ может указывать на общую веру в то, что после больничного лечения, зараженное лицо не распространяет бактерии и не является более заразным, или может указывать на широко распространенную в обществе норму по уходу за членом семьи, нуждающемся в уходе. В любом случае, это обнадеживает на конечный успех стратегии DOTS, по мере ее внедрения в оставшихся регионах Узбекистана в ближайшем будущем.

13.2 ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ У ВЗРОСЛЫХ

Данный раздел представляет информацию, сообщенную респондентами исследования в отношении состояния здоровья зубов, и по частоте посещений зубных специалистов для регулярной проверки. Данные также показывают проблемы с зубами, испытанные респондентами в предыдущие 12 месяцев до начала исследования, и их мнение о том, в каких стоматологических процедурах они нуждаются на момент исследования.

13.2.1 Сообщения о состоянии зубов

Таблица 13.6 показывает распределение респондентов в зависимости от сообщенного состояния зубов в следующих категориях: отличное, хорошее, посредственное или плохое.

Таблица 13.6 Состояние естественных зубов: женщины и мужчины

Прооцентное распределение женщин и мужчин по оценке состояния собственных естественных зубов, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

	Женщины							Мужчины						
Социально-биологические факторы	Отличное/ очень хорошее	Хорошее	Посредственное	Плохое	Нет естественных зубов	Всего	Число	Отличное/ очень хорошее	Хорошее	Посредственное	Плохое	Нет естественных зубов	Всего	Число
Возраст														
15-19	21.4	54.4	18.7	5.1	0.0	100.0	1,091	9.9	72.6	15.5	2.0	0.0	100.0	380
20-24	12.6	56.4	23.7	7.2	0.0	100.0	1,049	9.0	62.7	23.3	5.0	0.0	100.0	388
25-29	7.1	45.5	34.2	13.2	0.0	100.0	809	9.6	55.4	29.1	5.9	0.0	100.0	399
30-34	4.6	40.6	37.6	16.9	0.0	100.0	734	6.4	51.7	29.4	12.5	0.0	100.0	293
35-39	3.8	40.5	33.7	22.0	0.0	100.0	687	6.7	44.5	35.0	13.8	0.0	100.0	256
40-44	2.7	32.9	37.6	26.1	0.8	100.0	626	7.4	41.5	38.7	12.5	0.0	100.0	227
45-49	1.7	27.4	45.8	22.1	2.9	100.0	466	1.8	45.3	39.9	11.4	1.5	100.0	196
50-54	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	2.3	29.8	46.1	18.6	3.2	100.0	140
55-59	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	3.4	20.9	50.5	20.5	4.6	100.0	54
Место жительства														
Город	7.9	38.5	37.8	15.4	0.4	100.0	2,175	6.6	51.8	31.4	9.5	0.7	100.0	916
Село	10.3	49.5	26.3	13.5	0.3	100.0	3,288	7.9	54.1	29.0	8.7	0.3	100.0	1,417
Регион														
Западный	3.9	46.2	28.7	20.8	0.4	100.0	699	4.4	54.2	26.2	15.1	0.1	100.0	314
Центральный	10.7	42.5	25.5	20.4	0.6	100.0	1,311	6.7	56.6	30.7	5.7	0.4	100.0	510
Восточно-Центральный	5.8	40.2	38.7	14.9	0.4	100.0	1,431	5.5	50.5	32.0	11.3	0.7	100.0	646
Восточный	15.0	56.1	20.2	8.3	0.1	100.0	1,518	10.2	51.9	30.3	7.3	0.3	100.0	665
Город Ташкент	5.8	31.1	57.6	5.4	0.1	100.0	503	10.5	56.1	26.4	6.3	0.7	100.0	198
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	2.0	48.2	26.8	22.4	0.5	100.0	387	4.4	48.5	27.0	19.8	0.2	100.0	185
Ферганская Область	16.6	62.4	17.1	3.6	0.3	100.0	632	19.3	53.8	22.1	4.8	0.0	100.0	259
Образование														
Начальное и неполное среднее	13.5	44.3	27.2	13.7	0.8	100.0	578	6.4	57.2	27.8	7.3	1.4	100.0	188
Среднее	8.9	49.2	27.9	13.6	0.2	100.0	3,189	6.8	55.4	28.9	8.3	0.6	100.0	1,311
Среднее специальное	8.8	39.3	35.4	16.1	0.4	100.0	1,122	7.7	51.2	29.5	11.6	0.0	100.0	470
Высшее	8.0	34.5	41.9	15.1	0.5	100.0	574	9.6	45.9	35.5	9.1	0.1	100.0	364
Национальность														
Узбеки	10.0	46.6	29.6	13.5	0.4	100.0	4,669	7.6	55.1	29.1	7.7	0.4	100.0	2,011
Другие	5.4	36.5	38.6	19.0	0.1	100.0	794	6.3	41.2	35.3	16.9	0.3	100.0	322
Сведение концов с концами														
Большие трудности	6.5	42.3	32.4	18.5	0.2	100.0	1,541	6.1	52.3	29.9	10.9	0.8	100.0	607
Некоторые трудности	9.6	45.1	31.3	13.6	0.3	100.0	1,889	6.9	53.2	31.4	7.9	0.6	100.0	845
Небольшие трудности	11.4	46.5	28.9	12.6	0.6	100.0	1,636	6.1	54.8	29.6	9.4	0.0	100.0	698
Легко	9.8	51.1	30.5	8.6	0.0	100.0	383	18.5	50.4	25.1	6.0	0.0	100.0	183
Всего	9.3	45.1	30.9	14.3	0.3	100.0	5,463	7.4	53.2	30.0	9.0	0.4	100.0	2,333

Нп = Не применим

Среди женщин, доля тех, кто считает свои зубы отличными или хорошими (54 процента), была слегка больше, чем среди тех, кто считал свои зубы посредственными или плохими (46 процентов). Среди мужчин большая доля считала свои зубы отличными или хорошими (61 процент) в противоположность тем, кто считал свои зубы плохими (39 процентов). Тогда как эта общая статистика предполагает удовлетворительный уровень орального здоровья, другая картина вырисовывается при рассмотрении данных, специфичных по возрасту. Доля респондентов, сообщивших отличный или хороший статус зубов, резко снижается с возрастом. Например, тогда как 83 процента мужчин в возрасте 15-19 лет сообшили об отличном или хорошем здоровье зубов, этот показатель упал до 24 процентов среди мужчин в возрасте 55-59 лет. Видимо, уход за зубами не является достаточным для поддержания хорошего орального здоровья, по мере старения индивидуальных лиц и увеличения их стоматологических нужд.

Статус собственного здоровья зубов по оценкам респондентов, в зависимости от места проживания и образования, отличался от ожидаемого. Процент респондентов с собственной оценкой отличного или очень хорошего статуса здоровья зубов, был выше среди сельских респондентов (60 процентов для женщин и 62 процента для мужчин), чем среди городских респондентов (47 процентов для женщин и 58 процентов для мужчин). Подобным же образом, процент, оценивших зубной статус, как отличный или очень хороший, был выше среди наименее образованных респондентов (58 процентов для женщин и 64 процента для мужчин), чем среди наиболее образованных респондентов (43 процента для женщин и 55 процентов для мужчин). Эти результаты удивляют, потому что городские и более образованные респонденты, имеют больший доступ к стоматологической помощи, вследствие чего качество зубов должно быть лучше. Объяснение может быть таковым, что городские и более образованные респонденты более бдительны к оральной гигиене и имеют более высокие стандарты, чем сельские и менее образованные респонденты.

Как можно было ожидать, имеются положительные взаимоотношения между экономическим благополучием и самооценкой статуса здоровья зубов. Процент оценивших зубы, как отличные или очень хорошие, постепенно увеличивается между респондентами в домохозяйствах с большим трудом сводящих концы с концами (49 процентов), и тех домохозяйств, которые легко сводят концы с концами (61 процент). Подобный характер найден и для мужчин.

13.2.2 Рутинные профилактические визиты к стоматологу

Респондентов так же спрашивали, посещали ли они стоматолога для профилактического осмотра в течение последних трех лет и, если посещали, частоту посещений в год в течение этого периода (Таблица 13.7). Основной находкой было то, что относительно небольшое число женщин и мужчин в Узбекистане получают рутинный профилактический осмотр. В целом, 87 процентов, как женщин, так и мужчин, не имели профилактических стоматологических осмотров в течение трех лет до начала исследования. Отсутствие внимания к профилактическому стоматологическому уходу было нормой для всего населения, более 65 процентов респондентов всех суб-популяционных групп, на имели профилактических стоматологических осмотров в последние три года.

Хотя относительно небольшое число респондентов получили профилактический осмотр в последние три года (13 процентов в целом для женщин и мужчин), доля получивших хотя бы один осмотр в год был в два раза выше в городских регионах (18 процентов для женщин и мужчин), чем в сельских регионах (7 процентов для женщин и 8 процентов для мужчин).

Региональные различия по профилактическим стоматологическим осмотрам были, как и ожидалось: как женщины, так и мужчины из города Ташкента гораздо вероятнее прошли хотя бы один профилактический осмотр (30 и 33 процента, соответственно), по сравнению с

респондентами из других регионов (между 4 и 21 процентами). Различия по образованию указывают, что наличие профилактических стоматологических осмотров, примерно в два раза вероятнее среди более образованных женщин и мужчин (25 и 22 процента, соответственно), чем в среднем по стране (12 процентов для обоих полов - женщин и мужчин).

В отношении способности домашних хозяйств сводить концы с концами, доля респондентов, имевших хотя бы один профилактический осмотр, была ниже среди наиболее экономически неблагополучных домохозяйств (9 процентов для обоих полов-женщин и мужчин), чем в более благополучных домохозяйствах (15 процентов для женщин и 16 процентов для мужчин). Однако, знаменательным является тот факт, что даже среди наиболее благополучных домохозяйств, более 80 процентов взрослых женщин и мужчин, не имели профилактического стоматологического осмотра в течение последних трех лет до начала исследования.

Таблица 13.7 Визиты к зубному врачу: женщины и мужчины

Процентное распределение женщин и мужчин по числу визитов с зубному специалисту в год с профилактической целью за последние три года, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Количество визитов в год : Женщины						Количество визитов в год : Мужчины					
	Ни одного	Менее одного	Один	Два и более	Всего	Число	Ни одного	Менее одного	Один	Два и более	Всего	Число
Возраст												
15-19	93.1	0.5	3.8	2.2	100.0	1,091	92.3	0.1	4.2	3.5	100.0	380
20-24	88.1	1.0	6.1	4.6	100.0	1,049	88.6	0.0	5.5	5.9	100.0	388
25-29	86.0	0.9	7.2	5.9	100.0	809	86.4	0.6	4.2	8.3	100.0	399
30-34	85.9	0.9	7.9	5.1	100.0	734	85.3	0.6	5.1	8.5	100.0	293
35-39	83.9	1.0	8.2	6.9	100.0	687	90.9	0.3	3.9	4.8	100.0	256
40-44	85.3	1.5	5.1	8.0	100.0	626	83.9	0.6	4.6	10.9	100.0	227
45-49	83.6	1.3	8.2	6.8	100.0	466	81.0	0.2	10.0	8.7	100.0	196
50-54	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	86.2	0.6	6.3	6.6	100.0	140
55-59	Нп	Нп	Нп	Нп	Нп	0	77.6	0.4	15.5	6.0	100.0	54
Место жительства												
Город	80.6	1.2	10.7	7.3	100.0	2,175	80.8	0.7	7.7	10.7	100.0	916
Село	91.6	0.8	3.5	3.9	100.0	3,288	91.2	0.1	3.9	4.5	100.0	1,417
Регион												
Западный	78.5	0.9	10.9	9.6	100.0	699	88.6	0.6	8.3	2.5	100.0	314
Центральный	93.3	1.3	3.4	1.6	100.0	1,311	93.2	0.0	2.9	3.8	100.0	510
Восточно-Центральный	95.0	0.9	2.9	1.3	100.0	1,431	88.7	0.0	3.7	7.2	100.0	646
Восточный	84.8	0.9	4.6	9.4	100.0	1,518	87.1	0.1	4.6	8.1	100.0	665
Город Ташкент	68.9	0.6	22.8	7.5	100.0	503	64.5	2.7	15.6	16.9	100.0	198
Регионы расширенной выборки												
Каракалпакстан	85.6	0.6	7.9	5.8	100.0	387	95.8	0.0	2.3	1.9	100.0	185
Ферганская Область	87.9	2.0	5.5	4.5	100.0	632	72.6	0.3	8.5	18.3	100.0	259
Образование												
Начальное и неполное среднее	93.0	0.6	3.6	2.2	100.0	578	93.8	0.7	3.5	1.7	100.0	188
Среднее	89.9	0.7	4.8	4.4	100.0	3,189	88.2	0.2	4.9	6.6	100.0	1,311
Среднее специальное	83.8	1.6	7.7	6.9	100.0	1,122	89.0	0.5	4.5	6.0	100.0	470
Высшее	73.3	1.8	15.0	9.9	100.0	574	77.7	0.4	9.6	12.0	100.0	364
Национальность												
Узбеки	88.7	1.0	5.4	4.9	100.0	4,669	87.9	0.3	4.9	6.8	100.0	2,011
Другие	78.6	1.1	12.2	7.5	100.0	794	82.8	0.7	8.9	7.5	100.0	322
Сведение концов с концами												
Большие трудности	90.2	0.5	5.8	3.4	100.0	1,541	90.9	0.4	4.7	4.0	100.0	607
Некоторые трудности	86.8	1.0	6.2	5.7	100.0	1,889	86.5	0.4	5.9	6.8	100.0	845
Небольшие трудности	85.7	1.3	7.0	5.8	100.0	1,636	85.6	0.4	5.4	8.6	100.0	698
Легко	84.1	1.2	6.7	8.0	100.0	383	84.2	0.0	5.8	10.0	100.0	183
Всего	87.2	1.0	6.4	5.3	100.0	5,463	87.2	0.3	5.4	6.9	100.0	2,333

Нп = Не применим

13.2.3 Проблемы с зубами за последние 12 месяцев

Респондентов также спрашивали, имели ли они проблемы с зубами в последние 12 месяцев, и если имели, то консультировались ли они с кем-либо по этому поводу (Таблицы 13.8.1 и 13.8.2).

В целом, доля респондентов, сообщивших об имевшихся в последние 12 месяцев проблемах с зубами, была выше среди женщин (37 процент), чем среди мужчин (27 процентов). Среди, как женщин, так и мужчин, сообщивших о наличии проблем с зубами, большая часть консультировалась с кем либо (74 и 75 процентов, соответственно), и подавляющее большинство лиц консультировались с профессиональными специалистами по здоровью зубов (стоматологами или дантистами) (98 процентов среди респондентов обоих полов-женщин и мужчин).

Таблица 13.8.1 Проблемы с зубами за последние 12 месяцев: женщины

Процент женщин доложивших об имевшихся проблемах с зубами в течение 12 месяцев предшествующих началу исследования, и среди женщин доложивших о наличии зубных проблем, процент тех кто консультировался с кем либо и, среди женщин консультировавшихся с кем либо, процентное распределение по типу лица оказавшего консультацию, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Все Женщины: Процент доложивших наличие проблем с зубами	Все Женщины: Число	Среди женщин доложивших о наличии проблем: Процент консульти-ровавшихся с кем-либо	Среди женщин доложивших о наличии проблем: Число	Среди женщин консультитровавшихся с кем либо, тип специалиста оказавшего консультацию: Стоматолог	Дантист	Другой	Всего	Число
Возраст									
15-19	22.1	1,09	66.5	241	94.6	4.4	1.0	100.0	160
20-24	30.5	1,049	72.2	320	93.3	5.1	1.6	100.0	231
25-29	41.6	809	72.2	337	96.6	3.3	0.1	100.0	243
30-34	43.6	734	76.6	320	95.7	2.4	1.9	100.0	245
35-39	44.9	687	80.1	308	94.1	2.1	3.8	100.0	247
40-44	45.2	626	71.7	283	93.4	3.1	3.5	100.0	203
45-49	41.6	466	76.2	194	95.5	4.5	0.0	100.0	148
Место жительства									
Город	40.4	2,175	76.4	79	96.2	2.5	1.3	100.0	672
Село	34.2	3,288	71.7	1,123	93.5	4.2	2.3	100.0	806
Регион									
Западный	41.9	699	67.1	293	94.0	4.1	1.9	100.0	196
Центральный	44.6	1,311	82.2	584	94.8	1.2	4.0	100.0	480
Восточно-Центральный	39.8	1,431	64.5	569	99.0	0.5	0.5	100.0	367
Восточный	27.7	1,518	79.1	421	88.9	10.5	0.6	100.0	333
Город Ташкент	27.0	503	74.0	136	100.0	0.0	0.0	100.0	101
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	43.4	387	54.9	168	93.0	5.4	1.6	100.0	92
Ферганская Область	26.0	632	83.4	164	73.8	25.6	0.6	100.0	137
Образование									
Начальное и неполное среднее	29.4	578	68.6	170	98.8	1.2	0.0	100.0	116
Среднее	36.0	3,189	71.3	1,148	93.6	4.1	2.3	100.0	819
Среднее специальное	40.1	1,122	76.3	449	94.6	3.5	1.8	100.0	343
Высшее	41.1	574	84.4	236	97.5	1.6	0.9	100.0	199
Национальность									
Узбеки	35.1	4,669	75.3	1,641	94.4	3.5	2.1	100.0	1,236
Другие	45.6	794	66.5	362	96.7	3.1	0.3	100.0	241
Сведение концов с концами									
Большие трудности	41.3	1,541	68.4	637	95.0	2.5	2.5	100.0	436
Некоторые трудности	34.7	1,889	74.2	655	94.7	3.5	1.8	100.0	486
Небольшие трудности	35.2	1,636	76.4	577	94.0	4.3	1.7	100.0	440
Легко	33.8	383	86.6	130	96.7	3.3	0.0	100.0	112
Всего	36.7	5,463	73.7	2,003	94.8	3.4	1.8	100.0	1,477

Имеется резкий возрастной градиент в сообщении наличия проблем с зубами, где лица наиболее старшего возраста сообщают стоматологические проблемы в два раза чаще, чем молодые респонденты. Это обосновывает резкое снижение с возрастом само-оценок респондентов о состоянии здоровья их зубов (Таблица 13.6).

Процент респондентов, сообщивших об имевшихся проблем с зубами, был ниже среди сельских респондентов (34 процента для женщин и 23 процента для мужчин), чем среди городских респондентов (40 процентов для женщин и 31 процент для мужчин). Подобным же образом, процент сообщивших об имевшихся проблемах с зубами, был ниже среди менее образованных респондентов (29 процентов для женщин и 19 процентов для мужчин), чем среди наиболее образованных респондентов (41 процент для женщин и 35 процентов для мужчин). Насколько эти различия отражают либо действительные различия в наличии проблем с зубами, или разную обеспокоенность по проблемам с зубами, не может быть определено на основании анализируемых данных.

Таблица 13.8.2 Проблемы с зубами за последние 12 месяцев: мужчины

Процент мужчин доложивших об имевшихся проблемах с зубами в течение 12 месяцев предшествующих началу исследования, и среди мужчин доложивших о наличии зубных проблем, процент тех кто консултировался с кем либо и, среди мужчин консултировавшихся с кем либо, процентное распределение по типу лица оказавшего консультацию, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Все мужчины		Среди мужчин доложивших о наличии проблем		Среди мужчин консультитровавшихся с кем либо, тип специалиста оказавшего консультацию				
	Процент доложивших наличие проблем с зубами	Число	Процент консульти-ровавшихся с кем-либо	Число	Стоматолог	Дантист	Другой	Всего	Число
Возраст									
15-19	14.8	380	73.5	56	98.2	1.8	0.0	100.0	41
20-24	19.0	388	72.9	74	98.6	1.4	0.0	100.0	54
25-29	25.7	399	71.1	103	99.0	0.4	0.6	100.0	73
30-34	29.3	293	81.6	86	94.4	5.6	0.0	100.0	70
35-39	34.1	256	79.7	87	91.8	4.5	3.8	100.0	70
40-44	34.5	227	72.3	78	92.8	3.7	3.5	100.0	57
45-49	30.4	196	75.3	60	(98.4)	(1.6)	(0.0)	(100.0)	45
50-54	36.2	140	77.2	50	(99.2)	(0.8)	(0.0)	(100.0)	39
55-59	50.8	54	(66.5)	27	*	*	*	*	18
Место жительства									
Город	31.3	916	76.7	287	95.5	4.2	0.3	100.0	220
Село	23.6	1,417	73.6	335	97.1	1.1	1.8	100.0	247
Регион									
Западный	31.0	314	58.1	98	96.6	2.7	0.8	100.0	57
Центральный	16.8	510	84.0	85	97.3	0.0	2.7	100.0	72
Восточно-Центральный	28.8	646	76.5	186	100.0	0.0	0.0	100.0	142
Восточный	26.1	665	83.7	174	94.4	4.2	1.4	100.0	145
Город Ташкент	40.0	198	63.8	79	90.3	8.5	1.1	100.0	50
Регионы расширенной выборки									
Каракалпакстан	31.9	185	42.7	59	(92.3)	(6.0)	(1.7)	(100.0)	25
Ферганская Область	24.2	259	91.1	63	100.0	0.0	0.0	100.0	57
Образование									
Начальное и неполное среднее	19.0	188	65.4	36	(97.8)	(2.2)	(0.0)	(100.0)	23
Среднее	25.4	1,311	74.7	333	96.4	1.7	1.9	100.0	248
Среднее специальное	27.0	470	74.5	127	96.1	3.9	0.0	100.0	95
Высшее	34.8	364	79.1	127	96.3	3.4	0.3	100.0	100
Национальность									
Узбеки	25.3	2,011	78.6	509	96.8	2.0	1.1	100.0	400
Другие	34.9	322	58.8	113	93.5	5.8	0.6	100.0	66
Сведение концов с концами									
Большие трудности	27.1	607	72.2	164	96.5	1.6	1.9	100.0	119
Некоторые трудности	26.9	845	71.3	227	95.6	4.4	0.0	100.0	162
Небольшие трудности	26.2	698	81.3	183	97.6	0.5	1.8	100.0	149
Легко	25.2	183	(78.5)	46	(94.2)	(5.8)	(0.0)	(100.0)	36
Всего	26.6	2,333	75.0	622	96.4	2.6	1.1	100.0	467

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях. Звездочка обозначает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и были умолчены.

Сообщение зубных проблем в зависимости от индикатора по трудности сведения концов с концами, не имеет систематического характера. Однако, меньшее количество респондентов с проблемами зубов, проживающие в домохозяйствах, испытывающих экономические трудности, консультируются с кем либо по этой проблеме, чем среди тех, кто проживает в более богатых домохозяйствах. Очевидно, что несмотря на то, что стоматологическая помощь является бесплатной в государстенных учреждениях, экономическое положение домохозяйства влияет на то, обращаются ли за этой помощью или нет.

13.2.4 Текущие стоматологические проблемы

Респондентов так же спрашивали, нуждаются ли они в настоящий момент, в какой либо стоматологической помощи, и если да, то указать вид помощи (Таблицы 13.9.1 и 13.9.2).

В целом, доля респондентов, сообщивших необходимость стоматологического ухода, была выше среди женщин, чем среди мужчин (40 и 33 процента, соответственно). Наиболее часто указанными видами помощи для обоих, женщин и мужчин, являлись пломбирование/замена зуба (67 и 54 процента), удаление зубов (42 и 32 процента) и лечение десен (21 и 27 процентов).

Таблица 13.9.1 Требуемый тип стоматологической помощи: женщины

Процент женщин сообщивших о необходимости получения стоматологической помощи и, среди этих женщин, процент нуждающихся в специфическом стоматологическом уходе, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

			Среди женщин нуждающихся в стоматологической помощи, процент нуждающихся в :								
Социально-биологические факторы	Процент женщин нуждающихся в стоматологической помощи	Число	Профилактический осмотр	Чистка зубов	Пломбирование/ замена зубов	Экстракция зубов	Лечение десен	Работа по протезам	Утоление боли	Косметическое (выравнивание, сближение)	Число
Возраст											
15-19	24.4	1,091	2.5	10.2	63.0	31.7	14.1	0.1	8.3	2.8	266
20-24	29.4	1,049	2.0	9.0	67.8	46.0	15.3	2.4	6.9	2.7	309
25-29	41.2	809	0.9	9.8	65.7	45.4	20.8	7.1	5.0	2.1	333
30-34	48.7	734	3.0	6.5	68.6	39.8	18.9	10.0	7.0	2.3	358
35-39	49.4	687	1.4	5.7	68.9	45.8	21.4	13.6	4.9	3.3	339
40-44	51.1	626	0.8	5.2	67.5	43.7	28.7	13.3	6.6	5.0	320
45-49	53.9	466	0.9	7.6	66.2	41.2	24.6	22.7	8.3	1.2	251
Место жительства											
Город	42.4	2,175	2.5	6.8	67.7	40.7	22.6	12.2	6.5	1.9	923
Село	38.1	3,288	1.0	8.2	66.5	43.3	19.1	8.0	6.7	3.5	1,254
Регион											
Западный	55.1	699	2.1	5.1	67.9	50.3	25.4	7.5	2.9	1.5	386
Центральный	39.9	1,311	1.1	9.4	62.2	37.6	24.2	9.7	18.1	6.2	523
Восточно-Центральный	48.3	1,431	0.0	6.1	86.7	39.5	13.0	3.8	1.5	0.8	691
Восточный	31.0	1,518	3.9	10.0	40.1	50.4	23.5	15.5	5.4	3.3	470
Город Ташкент	21.1	503	3.3	7.1	77.4	16.7	21.3	32.5	1.3	2.2	106
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	54.2	387	3.5	7.8	64.3	55.3	17.4	11.4	1.7	0.4	209
Ферганская Область	29.2	632	6.9	20.4	53.7	51.3	14.2	7.8	8.7	3.9	185
Образование											
Начальное и неполное среднее	35.8	578	0.7	6.1	64.2	41.2	22.2	9.5	8.3	3.3	207
Среднее	39.0	3,189	1.4	7.5	66.1	43.2	19.2	9.6	7.1	3.1	1,243
Среднее специальное	42.9	1,122	2.9	7.0	67.6	44.9	21.8	9.7	6.4	2.2	481
Высшее	42.7	574	1.2	10.9	72.4	32.5	23.6	11.4	3.0	2.2	246
Национальность											
Узбеки	38.3	4,669	1.7	8.0	66.3	42.3	20.4	9.6	7.2	2.9	1,790
Другие	48.8	794	1.5	5.7	70.2	41.8	21.2	10.9	3.6	2.4	387
Сведение концов с концами											
Большие трудности	48.5	1,541	1.4	9.0	65.5	47.6	25.3	10.4	9.3	2.7	747
Некоторые трудности	38.5	1,889	1.7	6.5	69.2	40.1	18.0	10.1	5.1	2.9	728
Небольшие трудности	35.0	1,636	2.0	8.1	68.7	38.3	17.7	8.5	4.7	2.3	572
Легко	32.7	383	1.0	3.5	53.8	41.5	21.5	9.0	8.0	5.4	125
Всего	39.8	5,463	1.6	7.6	67.0	42.2	20.6	9.8	6.6	2.8	2,177

Таблица 13.9.2 Требуемый тип стоматологической помощи: мужчины

Процент мужчин, сообщивших о необходимости получения стоматологической помощи и, среди этих мужчин, процент нуждающихся в специфическом стоматологическом уходе, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент мужчин нуждающихся в стоматологической помощи	Число	Среди мужчин нуждающихся в стоматологической помощи, процент нуждающихся в :								
			Профилак-тический осмотр	Чистка зубов	Пломби-рование/ замена зубов	Экстракция зубов	Лечение десен	Работа по протезам	Утоление боли	Косметическое (выравнивание, сближение)	Число
Возраст											
15-19	16.8	380	9.2	38.1	46.3	29.3	30.3	12.8	0.7	2.9	64
20-24	26.3	388	4.4	31.2	51.3	30.2	19.0	22.6	3.1	1.2	102
25-29	27.9	399	2.1	28.2	60.2	35.9	25.7	16.2	1.9	1.4	111
30-34	39.8	293	6.6	18.0	63.4	30.6	23.6	13.7	0.8	0.3	117
35-39	37.5	256	7.3	36.8	54.7	27.9	27.7	20.7	2.2	0.0	96
40-44	44.9	227	5.0	27.2	54.0	23.4	30.5	37.6	0.6	0.3	102
45-49	45.8	196	2.5	16.7	54.3	33.7	27.8	31.1	0.0	0.0	90
50-54	52.0	140	5.7	15.9	42.8	42.0	32.0	45.0	0.0	0.4	73
55-59	45.8	54	(8.1)	(7.8)	(43.4)	(47.4)	(36.7)	(39.3)	(0.0)	(1.2)	25
Место жительства											
Город	38.2	916	7.0	23.4	53.6	33.2	24.9	23.9	1.5	0.6	350
Село	30.3	1,417	3.9	27.6	54.5	30.8	28.5	25.7	1.0	0.9	429
Регион											
Западный	43.7	314	5.3	28.1	53.9	29.7	15.6	19.7	2.8	0.8	137
Центральный	20.9	510	1.6	14.3	77.8	24.8	52.2	0.0	0.0	0.0	106
Восточно-Центральный	36.8	646	0.0	33.1	63.0	28.9	16.9	45.7	0.0	1.4	238
Восточный	31.3	665	4.0	15.0	35.5	45.7	37.5	17.7	2.2	0.0	208
Город Ташкент	45.3	198	26.4	40.9	45.4	19.5	16.3	23.7	0.9	1.7	90
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	45.5	185	1.3	40.1	54.9	41.5	12.5	18.4	3.4	1.3	84
Ферганская Область	27.5	259	0.9	2.0	70.8	18.7	56.2	3.9	0.0	0.0	71
Образование											
Начальное и неполное среднее	24.7	188	4.2	17.6	48.8	42.8	20.5	31.3	0.0	3.6	46
Среднее	32.1	1,311	4.6	26.4	56.0	29.8	27.2	26.4	1.1	0.6	421
Среднее специальное	38.8	470	5.3	26.4	51.1	38.8	24.5	19.0	2.5	0.4	182
Высшее	35.4	364	7.6	25.3	53.8	25.2	31.8	25.8	0.0	0.6	129
Национальность											
Узбеки	31.0	2,011	4.8	26.4	54.0	29.7	28.9	25.6	1.1	0.8	622
Другие	48.6	322	6.9	22.8	54.5	40.6	18.9	22.1	1.5	0.5	157
Сведение концов с концами											
Большие трудности	36.7	607	3.9	25.9	59.1	33.5	23.0	25.8	0.6	1.8	223
Некоторые трудности	35.0	845	4.9	25.5	55.2	30.0	31.4	23.9	1.6	0.1	295
Небольшие трудности	30.9	698	8.0	27.4	49.9	34.9	25.8	24.3	0.2	0.5	216
Легко	24.1	183	(2.0)	(18.3)	(40.6)	(21.9)	(23.0)	(29.4)	(6.1)	(1.4)	44
Всего	33.4	2,333	5.3	25.7	54.1	31.9	26.9	24.9	1.2	0.8	779

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях.

Как и с другими индикаторами стоматологического ухода, имеется резкий возрастной градиент в осознании необходимости стоматологического лечения. Менее чем 25 процентов респондентов в возрасте 15-19 лет сообщили о нуждах в помощи, тогда как среди респондентов в возрасте 45 лет и более, около 50 процентов нуждались в помощи.

Сообщенная необходимость в стоматологическом лечении была выше в городских, чем в сельских регионах для женщин (42 процента против 38 процентов) и для мужчин (38 против 30 процентов). Эти различия соответствуют более высокому проценту респондентов из городских регионов, сообщивших о наличии проблем с зубами в последние двенадцать месяцев, по сравнению с сельскими респондентами.

Так же выделяются, имеющиеся региональные различия в потребности стоматологического ухода.

Доля респондентов, сообщивших о необходимости в стоматологической службе, особенно высока в Западном регионе (55 процентов для женщин и 44 процента для мужчин).

Большая доля респондентов, сообщивших текущую нужду в стоматологиской службе, была среди респондентов из менее экономически благополучных домовладений, чем среди респондентов из наиболее богатых домохозяйств.

13.2.5 Заключение

В целом, большинство женщин в возрасте 15-49 лет (54 процента) и мужчин в возрасте 15-59 лет (61 процент), оценили состояние своих зубов, как отличное или очень хорошее. С другой стороны, значительная доля женщин (46 процентов) и мужчин (39 процентов) оценили свои зубы посредственного или плохого качества.

Относительно небольшое количество взрослых женщин и мужчин в Узбекистане получили рутинное профилактическое обследование зубов. В целом, в последние три года, предшествующих началу исследования, только 13 процентов респондентов посетили стоматолога с целью профилактического осмотра.

Значительная доля респондентов сообщила о наличии проблемы с зубами, в предшествующие 12 месяцев до начала исследования (37 процентов женщин и 27 процентов мужчин), и три четверти из них, обратились за профессиональной стоматологической помощью. Кроме того, в момент исследования, значительная доля респондентов сообщила о наличии необходимости в стоматологической помощи (40 процентов женщин и 33 процента мужчин), наиболее часто упоминаемыми требованиями были пломбирование/замена зубов, экстракция зубов и лечение десен.

Имелись значительные возрастные раличия по различным индикаторам здоровья зубов. Типично, более пожилые респонденты дважды вероятнее, чем молодые респонденты, сообщали о плохом качестве зубов, о необходимости получения стоматологической помощи в предыдущие 12 месяцев, предшествующих исследованию, и сообщали о необходимости получения стоматологической помощи на момент исследования. Примерно половина всех женщин в возрасте 40-49 лет, и половина всех мужчин в возрасте 50-59 лет, сообщила о необходимости получения стоматологической помощи в текущий момент.

Последовательные различия по стоматологической помощи были найдены, в зависимости от городского/сельского места проживания и уровням образования. Городские жители и более образованные респонденты, более вероятно сообщали о проблемах зубов в предыдущие 12 месяцев, и получении помощи от профессиональных стоматологических работников по поводу этих проблем. Городские жители и более образованные респонденты, также более вероятно сообщали о текущей необходимости в стоматологической помощи. Насколько это означает, что городские и более образованные респонденты имеют большую нужду в стоматологической службе или более высокие стандарты здоровья зубов, не может быть определено по данным исследования.

13.3 ТРАВМЫ

Как в Женской , так и Мужской Анкетах, имелся вопрос к респондентам о том, имели ли место какие-либо травмы, серьезные до такой степени, что респонденты не могли выполнять обычную работу в течение половины дня или дольше, которые они испытали в предыдущие три месяца, предшествующие исследованию. Таблица 13.10 указывает, что 1.6 процент женщин и 2.0 процента мужчин, сообщили об имевшейся травме в течение предшествующих трех месяцев. Поскольку число травм было низким (90 для женщин и 47 для мужчин), то показатели травм в целом, и, особенно, показатели по под-группам населения, являются субъектами значительных ошибок выборки и должны интерпретироваться с осторожностью.

Таблица 13.10 Травмы: женщины и мужчины

Процент женщин и мужчин сообщивших об имевшихся травмах в течение трех месяцев предшествующих началу исследования, в зависимости от социально - биологических факторов , Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Женщины		Мужчины	
	Поцент сообщивших травмы	Число	Поцент сообщивших травмы	Число
Место жительства				
Город	1.4	2,175	2.3	916
Село	1.7	3,288	1.8	1,417
Регион				
Западный	3.5	699	3.5	314
Центральный	2.0	1,311	1.4	510
Восточно-Центральный	1.7	1,431	2.8	646
Восточный	0.4	1,518	1.2	665
Город Ташкент	0.7	503	1.4	198
Образование				
Начальное и неполное среднее	1.3	578	0.3	188
Среднее	1.7	3,189	2.3	1,311
Среднее специальное	1.3	1,122	2.3	470
Высшее	1.7	574	1.7	364
Национальность				
Узбеки	1.5	4,669	1.4	2,011
Другие	2.1	794	6.0	322
Всего	1.6	5,463	2.0	2,333

Примечание: Показатели травм основаны на травмах, которые препятствовали выполнению обычной трудовой деятельности в течение половины дня или дольше

СОБРАННЫЕ В ТАШКЕНТЕ БИОМАРКЕРЫ 14

Г. Семенова и З.Д.Муталова

В 2002 ИЗНУ, в связи с финансовыми и практическими трудностями, сбор биомаркеров был ограничен городом Ташкентом. Следующие биомаркеры были собраны в городе Ташкенте:

Проба	Подлежащее население	Проба анализированная в качестве индикатора для
Венозная кровь	Женщины 15-49 лет	Уровней Холестеринов
	Мужчины 15-59 лет	Гепатита Б Диабета
Мазок из шейки матки	Женщины 15-49 лет когда-либо бывшие замужем	Хламидиоза
Капиллярная кровь	Дети в 6-59 месяцев жизни	Свинцового отравлениея

14.1 ПОЛЕВЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ПО СБОРУ КРОВИ

Женщины в возрасте 15-49 лет и мужчины в возрасте 15-59 лет, подлежали сдаче проб венозной крови. Подлежащих лиц информировали о том, что до момента сдачи крови необходимо голодать 10-12 часов, и затем их спрашивали о согласии на участии в исследовании. Повторный визит обычно назначался на следующее утро, когда специально обученный лаборант, приходил для сбора крови. Кровь натощак, после необходимого голодания, была собрана у 700 из 849 подлежащих исследованию женщин, и у 614 из 760 подлежащих исследованию мужчин, уровни ответности были 82 и 81 процентов, соответственно.

У каждого участника исследования кровь была собрана в две вакутейнер пробирки, с крышками разного цвета (одна пробирка содержала антикоагулянт). На пробирки с пробами были наклеены этикетки (для того, чтобы можно было затем связать результаты с информацией мужских и женских анкет), после этого их клали в сумку, охлажденную пакетами со льдом, и переносили в машину, где пробирки без антикоагулянта были процентрифугированы. Обе пробы оставались в сумке с пакетами льда до конца рабочего дня. К концу каждого полевого дня, пробы отвозились в лабораторию Института Кожных и Венерических Болезней в городе Ташкент, для проведения биохимического анализа крови для измерения холестеринов крови, тестов на Гепатит Б и диабета.

14.2 УРОВНИ ХОЛЕСТРИНА

Холестерин и триглицериды являются известными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, лидирующей причины смерти среди взрослого населения Узбекистана. Настоящее исследование публикует данные уровней общего холестерина, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов. Данные, обсуждаемые здесь в качестве категорий риска, основаны на рекомендациях Национальных Институтов Здоровья США (2002). Уровни общего холестерина и триглицеридов были измерены в сыворотке крови и уровень липопротеинов высокой плотности (ЛВП) был измерен в плазме.[1] Липопротеины низкой плотности (ЛНП) были вычислены, используя нижеприведенную формулу:

ЛНП = Общий холестерин – ЛВП – (Триглицериды/5).

[1] Измерения были выполнены в миллиграммах на децилитер (мг/дл) с использованием Roche Diagnostics Reflotron и реагентами Roche.

14.2.1 Находки исследования

Общий холестерин. Категории риска для уровней общего холестерина являются следующими:желательный уровень (менее 200 мг/дл), пограничный высокий (200-239 мг/дл) и высокий (240 или выше мг/дл). Профиль риска мужчин и женщин был одинаковым. Общий холестерин на желательном уровне был найден, примерно, среди 90 процентов женщин и мужчин; на погранично высоком уровне у около 8 процентов; и на высоком уровне- примерно у 2 процентов.

Средний уровень общего холестина был одинаковым для женщин и мужчин (156 мг/дл). Средний уровень общего холестрина позитивно ассоциировал с возрастом и индексом массы тела.

Липопротеины низкой плотности (ЛНП). Лица, с уровнем ЛНП 160 мг/дл и выше, находятся в группе высокого риска по сердечно-сосудистым заболеваниям. Уровни ЛНП на уровне высокого риска были найдены у 2 процентов, как женщин так и мужчин. Разница по основным характеристикам была минимальной.

Триглицериды. Лица, с уровнем триглицеридов 200 мг/дл и выше, находятся в группе высокого риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Высокий уровень триглицеридов был найден среди 11 процентов женщин и 22 процентов мужчин. Как для мужчин, так и для женщин, различия положительно ассоцировались с возрастом и индексом массы тела. Например, триглицериды на уровне высокого риска, были найдены среди 9 процентов женщин нормального веса, но у 20 процентов среди женщин с ожирением.

Липопротеины высокой плотности (ЛВП). ЛВП является благотворной формой холестерина, и лица с низкими уровнями (ниже 40 мг/дл) находятся в категории высокого риска по сердечно-сосудистым заболеваниям. Значительная доля, как женщин, так и мужчин, имели низкие уровни ЛВП. Примерно половина всех женщин (46 процентов) и более половины всех мужчин (62 процента), имели ЛВП на уровнях высокого риска.

Риск атерогенности. Польза общего холестирина, как индикатора риска заболевания, снижается в связи с тем, что он отражает как полезные, так и вредные липопротеины. Подобным же образом, значения отдельных специфичных липидов являются неполными и не отражают другие липиды крови, которые могут иметь эффект, усиливающий или снижающий риск. В связи с этим, соотношение общего холестерина к липопротеинам высокой плотности, является более предпочтимым индикатором. Значение выше 6.0 означает нахождение в группе высокого риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Таблицы 14.1.1 и 14.1.2 указывают, что 6 процентов женщин и 13 процентов мужчин, имели долю риска выше 6.0. Как среди женщин, так и среди мужчин, процент уровня высокого риска, положительно ассоциировал с возрастом и значением индекса массы тела. Например, 9 процентов мужчин нормального веса находились в категории высокого риска, по сравнению с 53 процентами мужчин с ожирением.

Таблица 14.1.1 Статус липидов в Ташкенте: Женщины

Процент женщин по уровню общего холестерина (ОХ), среднего значения общего холестерина, процент женщин со специфическими уровнями липидов (липопротеинов высокой плотности (ЛВП), липопротеинов низкой плотности (ЛНП), триглицеридов (ТГ)) и соотношения атерогенности ОХ/ЛВП, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Уровень общего холестерина					Процент со специфическими уровнями липидов				
Социально-биологические факторы	≤ 200 mg/dl	200-239 mg/dl	≥240 mg/dl	Всего	Среднее ОХ mg/dl	ЛВП <40 mg/dl	ЛНП ≥ 160 mg/dl	ТГ ≥ 200 mg/dl	Риск атерогенности ОХ/ЛВП >6	Кол-во женщин[1]
Возраст										
15-19	97.0	3.0	0.0	100.0	143.0	44.5	0.0	6.3	0.0	111
20-29	92.7	5.0	2.3	100.0	150.9	45.2	2.2	8.6	4.8	210
30-39	92.7	5.6	1.7	100.0	155.5	45.7	1.7	8.5	6.1	195
40-49	83.2	14.2	2.6	100.0	172.4	46.9	3.2	19.5	11.0	183
Семейное положение										
Никогда не была замужем	95.5	3.3	1.1	100.0	145.7	48.3	1.8	7.0	3.9	153
Замужем /живут вместе	90.0	8.4	1.6	100.0	158.9	43.9	1.6	11.8	6.6	426
Разведенена/вдова/не живут вместе	88.2	8.4	3.4	100.0	162.0	48.5	3.4	13.8	6.7	120
Образование										
Начальное и неполное среднее	94.1	5.9	0.0	100.0	155.1	47.4	2.0	6.9	3.7	55
Среднее	88.7	8.1	3.2	100.0	156.1	47.7	3.2	10.4	6.3	246
Среднее специальное	93.8	4.1	2.1	100.0	154.1	46.6	2.1	8.4	5.7	201
Высшее	89.8	9.9	0.4	100.0	160.0	41.8	0.4	15.7	6.6	198
Национальность										
Узбечка	91.2	7.8	0.9	100.0	154.4	44.9	1.1	9.3	4.6	473
Другие	90.2	6.1	3.7	100.0	161.0	47.2	3.7	14.8	9.0	227
ИМТ										
<18.5	(96.4)	(3.6)	(0.0)	(100.0)	(141.6)	(39.8)	(0.0)	(8.5)	(0.0)	33
18.5-24.9	92.9	4.9	2.2	100.0	152.4	42.1	2.4	9.2	4.5	418
25.0-29.9	88.7	10.2	1.1	100.0	163.5	52.6	1.1	12.9	8.4	176
≥30.0	82.6	15.8	1.6	100.0	171.4	54.6	1.6	19.7	11.7	64
Сведение концов с концами										
Большие трудности	90.2	7.2	2.6	100.0	154.5	49.8	3.2	5.7	7.8	198
Некоторые трудности	89.3	9.3	1.3	100.0	157.1	41.5	1.3	13.6	5.8	227
Небольшие трудности	91.9	6.2	1.9	100.0	156.8	46.8	1.9	12.6	4.4	233
Легко	(97.3)	(2.7)	(0.0)	(100.0)	(162.0)	(42.4)	(0.0)	(14.0)	(7.7)	42
Всего	90.9	7.3	1.8	100.0	156.6	45.7	2.0	11.1	6.0	700

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

[1] Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число женщин (700) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.

Таблица 14.1.2 Статус липидов в Ташкенте: Мужчины

Процент мужчин по уровню общего холестерина (ОХ), среднего значения общего холестерина, процент мужчин со специфическими уровнями липидов (липопротеинов высокой плотности (ЛВП), липопротеинов низкой плотности (ЛНП), триглицеридов (ТГ)) и соотношения атерогенности ОХ/ЛВП, в зависимости от социально - биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Уровень общего холестерина				Среднее ОХ mg/dl	Процент со специфическими уровнями липидов			Риск атерогенности ОХ/ЛВП >6	Кол-во мужчин[1]
	≤ 200 mg/dl	200-239 mg/dl	≥240 mg/dl	Всего		ЛВП <40 mg/dl	ЛНП ≥ 160 mg/dl	ТГ ≥ 200 mg/dl		
Возраст										
15-19	93.8	5.5	0.8	100.0	143.0	67.6	0.8	12.1	4.5	134
20-29	88.4	9.9	1.7	100.0	155.9	62.2	2.4	17.9	16.0	172
30-39	90.7	6.8	2.5	100.0	154.9	58.3	0.6	25.2	10.0	117
40-49	85.9	10.5	3.5	100.0	165.4	56.2	2.8	25.8	14.2	129
50-59	83.3	11.0	5.7	100.0	168.3	64.0	1.8	36.2	23.8	63
Семейное положение										
Никогда не был женат	91.5	7.3	1.3	100.0	147.1	62.6	1.3	14.9	7.5	224
Женат /живут вместе	87.4	9.8	2.7	100.0	160.7	62.7	1.5	25.5	15.9	360
Разведен/вдовец/не живут вместе	(88.9)	(3.4)	(7.7)	(100.0)	(169.3)	(40.6)	(7.7)	(23.4)	(14.0)	30
Образование										
Начальное и неполное среднее	90.5	5.5	4.0	100.0	147.3	68.2	1.1	15.0	2.9	58
Среднее	88.4	8.4	3.3	100.0	157.6	56.2	2.5	14.9	14.2	244
Среднее специальное	94.3	4.1	1.6	100.0	152.6	70.2	0.0	26.9	11.1	113
Высшее	86.2	12.3	1.4	100.0	159.0	61.3	1.9	28.6	14.9	198
Национальность										
Узбек	88.9	8.8	2.3	100.0	155.7	61.8	1.5	22.0	13.5	433
Другие	89.2	8.0	2.7	100.0	157.1	60.9	2.2	20.5	11.0	181
ИМТ										
<18.5	(96.9)	(3.1)	(0.0)	(100.0)	(140.7)	(75.3)	(0.0)	(5.6)	(3.1)	32
18.5-24.9	90.2	8.6	1.1	100.0	152.7	58.8	1.5	17.3	9.3	362
25.0-29.9	87.4	8.1	4.5	100.0	162.1	59.6	1.8	26.3	13.5	169
≥30.0	(72.4)	(21.3)	(6.3)	(100.0)	(180.9)	(86.9)	(3.0)	(59.3)	(52.7)	32
Сведение концов с концами										
Большие трудности	89.0	8.3	2.7	100.0	153.1	56.3	2.1	19.4	6.7	173
Некоторые трудности	93.6	5.1	1.3	100.0	155.9	60.2	1.1	21.1	12.8	191
Небольшие трудности	85.5	11.2	3.3	100.0	156.8	66.9	2.3	21.9	16.1	210
Легко	(85.0)	(12.7)	(2.3)	(100.0)	(166.8)	(62.6)	(0.0)	(31.3)	(21.5)	40
Всего	89.0	8.6	2.4	100.0	156.1	61.6	1.7	21.5	12.8	614

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

[1] Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число мужчин(614) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.

14.2.2 Заключение

Средние значения общего холестерина в городе Ташкенте были низкими (156 мг/дл как среди женщин, так и среди мужчин). Относительно небольшое количество женщин и мужчин (2 процента каждые), имели значения общего холестерина на уровне высокого риска. Эти уровни общего холестерина находятся среди самых низких уровней, найденных где-либо в мире. Возможно это связано с благоприятными особенностями питания, в частности потреблением орехов, фруктов и овощей. ИЗНУ проводилось осенью, когда эти виды продуктов находятся в изобилии. Однако, эти находки противоречат данным исследования, проведенного в городе Ташкете в конце 1980х годов, которое опубликовало значительно более высокие уровни общего холестерина.[2] Дополнительное исследование будет необходимо для разрешения этого несоответствия.

Доля риска по соотношению общего холестирина к ЛВП означает, что больше мужчин (13 процентов), чем женщин (6 процентов) было в категории высокого риска по сердечно-сосудистым заболеваниям. Гораздо большая доля лиц находящихся в категории высокого риска, выявлена среди лиц с ожиреним, по сравнению с лицами нормального веса, что указывает на необходимость программы обучения, сфокусированной на здоровом образе жизни и важности контроля веса.

14.3 ГЕПАТИТ Б

Гепатит Б является болезнью печени, вызываемой вирусом гепатита Б (ВГБ). Вирус найден в сперме, слюне и крови и обычно распространяется путем переливания крови, через зараженные иглы, половой контакт и, в случае с новорожденными, во время родов от зараженной матери. Вирус не поражает здоровье инфицированного лица напрямую, а скорее активизирует клетки имунной системы, которые вызывают воспаление и поражение печени. Примерно у 10 процентов инфицированных лиц течение осложняется хроническим гепатитом, и небольшая часть развивает медленное, но прогрессивное поражение печени, ведущее к циррозу (рубцеванию) печени или раку печени.

Одна треть лиц, инфицированных вирусом гепатита Б, не проявляет никаких симптомов, но они являются “носителями”, и могут инфицировать других людей. Согласно данным Министерства Здравоохранения, в Узбекистане в 2002 году было зарегистрировано 4,683 новых случаев гепатита Б (HFADB, 2003). Возможно, данная цифра является недооцененной, так как недавно инфицированные случаи протекают асимптоматично.

По данным ИЗНУ, частота распространенности гепатита Б, была определена путем анализа сыворотки крови на поверхностный антиген гепатита Б (HbsAg).[3] HbsAg определяется в случае инфицирования лица ВГБ и означает, что лицо является заразным.

---

[2] Исследование, проведенное в Ташкенте нашло, что 19 процентов мужчин в возрасте 40-59 лет имели общий холестерин выше уровня 260 мг/дл (Махмудов Б и др. 1990).

[3] Измерение сыворотки крови производилось с использованием иммунохроматографического теста Abbott Determine HbsAg.

14.3.1 Находки исследования

Таблица 14.2 указывает, что 3 процента женщин и 6 процентов мужчин были найдены позитивными на наличие поверхностного антигена вируса Гепатита Б. Позитивность по основным категориям не показывает ясного характера зависимости.

Таблица 14.2 Распространность Гепатита Б среди женщин и мужчин в городе Ташкенте

Процент женщин и мужчин позитивных на Гепатит Б в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Женщины		Мужчины	
Социально-биологические факторы	Процент позитивных на Гепатит Б	Общее число[1]	Процент позитивных на Гепатит Б	Общее число[1]
Возраст				
15-19	1.0	111	9.9	134
20-29	5.3	210	4.2	172
30-39	3.2	195	1.0	117
40-49	0.0	183	5.5	129
50-59	Нп	Нп	8.6	63
Семейное положение				
Никогда не были женаты	2.5	153	8.3	224
Женаты /живут вместе	2.9	426	4.0	360
Разведены/вдовствуют/не живут вместе	1.9	120	3.6	30
Образование				
Начальное и неполное среднее	1.8	55	6.8	58
Среднее	3.3	246	6.5	244
Среднее специальное	3.0	201	5.5	113
Высшее	1.7	198	4.1	198
Национальность				
Узбеки	2.8	473	5.2	433
Другие	2.3	227	6.4	181
Сведение концов с концами				
Большие трудности	2.8	198	5.3	173
Некоторые трудности	1.7	227	6.2	191
Небольшие трудности	3.5	233	5.7	210
Легко	2.4	42	2.8	40
Всего	2.6	700	5.6	614

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.
[1] Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число женщин (700) и мужчин (614) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.
Нп = неприемлимо

14.3.2 Заключение

Находка того, что 3 процента женщин и 6 процентов мужчин тестированы положительно на Гепатит Б, находится в соответствии с исследованием на позитивность HbsAg, проведенном ранее в городе Ташкенте (Ruzibakiev et al., 2001).[4]

Гепатит Б является полностью предотвратимым заболеванием. Для его предотвращения необходимо проводить скрининг донорской крови на болезни, передающиеся через кровь, обучать медицинский персонал необходимости использования только стерильного медицинского оборудования, и просвещать население о высоком риске заражения в время полового контакта без

[4] Исследование Рузыбакиева включало 211 взрослых в возрасте 18-53 лет, проживающих в городе Ташкенте (83 процентов из которых были мужчинами). Результат 2002 ИЗНУ, стандартизированный по полу в соответствии с половым распределением исследования Рузыбакиева, показывает 5.1 процент позитивности (что находится в рамках ошибки выборки 5.7 процентов, найденных Рузыбакиевым и др.).

использования презерватива; и через повторное использования зараженных игл среди наркоманов, использующих внутривенные наркотики. Узбекистан в настоящее время имеет программу вакцинации новорожденных против Гепатита Б. Расширение этой программы на подростков и взрослое население, может снизить число инфицированных лиц и заболеваемость и смертность от Гепатита Б.

14.4 ДИАБЕТ

Диабетом называется группа заболеваний, которая характеризуется повышенным уровнем глюкозы в крови, вызванные дефектами секреции инсулина или действия инсулина. Основное большинство случаев классифицируется, как Диабет 1го или 2го Типа, в зависимости от этиологии заболевания.

Тип 1 (так же называемый ювенильным диабетом), возникает в связи с разрушением бета-клеток поджелудочной железы и обычно приводит к абсолютной инсулин зависимости. Диабет 1 типа обычно приходится на 5-10 процентов всех случаев диагностированного диабета. Факторами риска являются аутоимунные заболевания, неизвестные генетические факторы и факторы окружающей среды.

Тип 2 (также называемый диабетом взрослых), является наиболее распространенной формой заболевания. Факторы риска включают возраст старше 40, ожирение, генетическую предрасположенность, историю гестационного диабета в анамнезе, нарушение глюкозной толерантности и низкую физическую активность. Диабет 2 Типа на ранних стадиях часто протекает бессимптомно и может оставаться недиагностированным в течение многих лет. Если диабет 2 Типа не контролирован, то это может привести ко многим серьезным состояниям, таким как периферические сосудистые заболевания, кровоизлияние в мозг, болезнь сердца, почечная недостаточность, слепота и разрушение нервов.

В 2001 году, стандартизированный показатель смертности от диабета среди населения в возрасте 0-64 лет был 13 на 100,000 (15 для мужчин и 11 для женщин), по сравнению с 6 на 100,000 для всех сран Содружества Независимых Государств (СНГ) (WHO, 2003b).

Распространенность диабета определялась путем анализа уровней гликозилированного гемоглобина (HbA1c) в крови.[5] Тест измеряет гликозилированный гемоглобин, как процент от общего гемоглобина, и указывает ретроспективный уровень глюкозы в крови, примерно за два предыдущих месяца. С данной методикой, уровни гликозилированного гемоглобина менее 5.9 процентов являются не-диабетическим уровнем, между 6.0 и 7.9 процентами указывают на пограничное состояние или контролированный диабет, и 8.0 процентов и выше указывает на некотролированный диабет и на необходимость лечения, или на необходимость более агрессивного лечения.

14.4.1 Находки исследования

Таблица 14.3 указывает, что более 90 процентов как женщин, так и мужчин, находятся в не-диабетическом уровне. В добавок, 5 процентов женщин и 7 процентов мужчин, находятся на пограничном уровне, и менее 1 процента женщин и 3 процента мужчин, находятся на неконтролированном уровне.

Как и ожидалось, процент участников исследования, классифицированных с пограничным и неконтролированным диабетом, увеличивался с возрастом и значением индекса массы тела. Уровни гликозилированного гемоглобина, указывающего на неконтролированный диабет, был особенно высоким среди мужчин с ожирением (13 процентов).

---

[5] Анализ был выполнени на оборудовании (DCA 2000+ Analyzer) производства Bayer Diagnostics.

Таблица 14.3 Статус фактора риска по диабету среди женщин и мужчин, город Ташкент

Процентное распределение женщин и мужчин по уровням Гликозилированного Гемоглобина A1C, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Гликозилированный Гемоглобин A1C как процент от общего гемоглобина							Общее число[1]
	4.0-4.9	5.0-5.4	5.5-5.9	6.0-6.9	7.0-7.9	8.0 и выше	Всего	
ЖЕНЩИНЫ								
Возраст								
15-19	5.7	61.7	31.7	0.8	0.0	0.0	100.0	110
20-29	11.5	60.2	25.2	2.7	0.0	0.5	100.0	211
30-39	11.6	52.5	30.5	4.8	0.6	0.0	100.0	194
40-49	8.3	51.2	29.9	7.2	1.3	2.2	100.0	183
Национальность								
Узбеки	8.3	57.1	30.2	3.8	0.2	0.4	100.0	474
Другие	12.9	53.5	26.2	4.9	1.0	1.4	100.0	225
ИМТ								
<18.5	(8.5)	(49.8)	(41.7)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	33
18.5-24.9	11.2	57.5	27.0	3.3	0.3	0.7	100.0	417
25.0-29.9	9.9	59.3	25.9	3.5	1.3	0.0	100.0	175
≥30.0	2.6	37.2	45.9	12.6	0.0	1.8	100.0	64
Всего	9.8	55.9	28.9	4.2	0.5	0.7	100.0	699
МУЖЧИНЫ								
Возраст								
15-19	4.9	56.6	30.2	4.9	1.3	2.0	100.0	134
20-29	8.1	61.7	22.1	5.0	0.6	2.4	100.0	172
30-39	5.1	57.5	28.2	5.5	0.8	2.8	100.0	117
40-49	10.3	45.0	35.2	5.7	1.0	2.9	100.0	129
50-59	8.6	37.5	36.4	10.8	1.4	5.3	100.0	63
Национальность								
Узбеки	6.8	54.9	29.5	5.9	0.9	1.9	100.0	433
Другие	8.6	51.2	28.7	5.6	1.1	4.9	100.0	182
ИМТ								
<18.5	(5.2)	(58.8)	(30.0)	(3.0)	(0.0)	(3.0)	(100.0)	33
18.5-24.9	9.3	56.6	27.5	4.3	0.9	1.4	100.0	362
25.0-29.9	5.1	52.7	32.8	4.4	1.2	3.7	100.0	169
≥30.0	3.1	18.2	36.9	27.1	2.1	12.7	100.0	32
Всего	7.3	53.8	29.2	5.8	1.0	2.8	100.0	615

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.
[1] Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число женщин (699) и мужчин(615) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.

14.4.2 Заключение

2002 ИЗНУ нашло концентрацию гликозилированного гемоглобина на уровне диабета (пограничный и неконтролированный диабет) среди 5 процентов женщин и 10 процентов мужчин. Распространенность высоких концентраций увеличивалась с возрастом, и была заслуживающей внимания среди женщин с ожирением и, особенно, среди мужчин с ожирением. Раннее выявление и лечение с особым вниманием направленным на контроль веса, могут снизить тяжесть данного заболевания и его осложнений.

14.5 ХЛАМИДИОЗ (CHLAMYDIA TRACHOMATIS)

Хламидиозное заражение является часто встречающейся инфекцией, передающейся половым путем. Среди инфицированных женщин, оно часто протекает без симптомов, и даже когда симптомы присутствуют, они могут быть легкими: например в форме желтоватых влагалищных выделений или чувстве жжения при мочеиспускании. Нелеченный хламидиоз может привести к воспалению органов малого таза, хроническим болям в малом тазу, эктопической беременности и бесплодию. Инфицирование новорожденных во время родов может в результате осложниться коньюнктивитом или пневмонией.

14.5.1 Полевые процедуры по сбору проб на хламидии

Женщин в возрасте 15-49 лет, замужних в настоящий момент или когда-либо бывших замужем, просили дать согласие на участие в исследование, и самостоятельно взять мазок из шейки матки на анализ по поводу хламидиозного заражения. Участникам исследования были выданы наборы по сбору мазков, содержащих среду для транспортировки мазков Amplicor Swab Transport Medium containing swabs (производства Roche Diagnostics), и затем женщины-лаборанты инструктировали респрондентов по технике сбора мазка из шейки матки. На пробирки затем были наклеены этикетки (для того чтобы можно было соединить данные анализа с данными женских индивидуальных анкет), и затем пробирки были возвращены в машину, сопровождавшую команду. В конце дня все пробы были транспортированы в Институт Кожных и Венерических Болезней для анализа на хламидиоз. Если женщина менструировала в момент первого визита, то назначался дополнительный визит. Мазок был взят у 608 из 674 подлежащих исследованию женщин, с общим коэффициентом ответности в 90 процентов.

Ананлиз проб на активные хламидии был выполнен технологией полимеразной цепной реакции (ПЦР), с использование наборов Amplicor (производства Roche Diagnostics).[6]

14.5.2 Находки исследования

Таблица 14.4 демонстрирует, что 10 процентов женщин, жительниц Ташкента, когда- либо бывших замужем, были протестированы позитивно на наличие хламидиозного заражения. Данная распространенность приходится на середину значений недавней международной статистики, варьирующей от 1 до 26 процентов (WHO, 2001a). В городе Ташкенте, тенденция распространенности хламидиозного инфицирования выше среди женщин более старшего возраста, не замужних в настоящее время, с низким уровнем образования и, проживающих в экономически неблагоприятных домохозяйствах.

[6] ПЦР лаборатория имела в наличие PCR Express Thermal Cycler (Hybaid Limited). Лаборатория физически располагалась в отдельных комнатах и проводила только ПЦР тесты во избежание контаминации и повреждения чувствительного оборудования. Лаборанты в лаборатории ПЦР получили дополнительное обучение, проведенное сотрудниками Macro International и консультантом из Центра по контролю и предупреждению заболеваний (The Centers for Disease Control and Prevention).

Таблица 14.4 Хламидиоз среди женщин когда-либо бывших замужем в городе Ташкенте

Процент женщин когда-либо бывших замужем в городе Ташкенте позитивных по тесту на Хламидии в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент позитивных на хламидии	Общее число[1]
Возраст		
15-29	9.9	204
30-39	7.1	199
40-49	11.4	205
Семейное положение		
Замужем или живут вместе	8.4	461
Разведена/вдова/не живут вместе	12.8	147
Образование		
Начальное и неполное среднее	(16.3)	36
Среднее	10.5	210
Среднее специальное	9.1	176
Высшее	7.5	187
Сведение концов с концами		
Большие трудности	10.7	183
Некоторые трудности	10.4	178
Небольшие трудности	8.2	204
Легко	(6.7)	43
Всего	9.5	608

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.
[1] Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число женщин(608) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.

14.5.3 Заключение

10 процентов, когда-либо бывших замужем женщин города Ташкента, имели позитивный тест на Хламидии, что составляет 58 от всех протестированных женщин. Этих женщин, наряду со всеми женщинами исследования, четко спрашивали, имели ли они какие-либо патологические выделения из половых путей (симптом хламидиоза, так же как и других венерических заболеваний), и обращались ли они к врачу и лечились ли они по поводу данной проблемы. Из 58 женщин с хламидиозом, немного меньше половины (26 женщин) сказали, что у них были патологические выделения и, из этого числа, 14 женщин обратились к врачу или лечились.

Эти находки демонстрируют значительные трудности, с которыми сталкиваются врачи и медсестры, в связи с бессимптомно протекающим хламидиозом. Медицинские работники должны быть особенно бдительными при лечении своих пациентов, для того, чтобы не пропустить и выявить хламидиоза (и другие бессимптотмные венерические заболевания). Вдобавок, тот факт, что менее половины женщин, имеющих симптомы патологических выделений, обратились к врачу, указывает на необходимость разработки или усиления програм по прицельному просвещению в отношении симптомов, при которых необходимо обращаться за медицинской помощью.

14.6 КОНТАКТ СО СВИНЦОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-59 МЕСЯЦЕВ

Контактирование детей со свинцом может в результате вести к проблемам здоровья, включая поведение и изменения в настроении, до нарушения умственного развития и, при высоких дозах свинцового отравления, к смерти. Однако, за исключением высоких доз, при свинцовом отравлении типично проявляются только поверхностные признаки или сиптомы свинцового отравления, и значительное большинство случаев отравления остается нераспознанным и нелеченным.

Контакт детей со свинцом происходит из разных источников, таких как краска и керамичесая глазурь, припой пищевых консервных банок, индустриальные загрязнители и выхлопные газы бензина. Предыдущие исследования, проведенные в Узбекистане указывают, что средний уровень свинца в крови был найден выше в индустриально активных зонах (13.5 микрограммов на децилитр (µg/dl)) и в городском транспортном движении (11.1 µg/dl), чем в контрольных зонах. В Узбекистане имеется два нефтеочистительных завода по продукции коммерческого бензина (в Бухаре и Ферганской Области). Ферганский завод выпускает только бензин со свинцом (World Bank, 1998).

14.6.1 Полевые процедуры по сбору капиллярной крови

Измерение уровня свинца в крови у детей города Ташкента было произведено в капиллярной крови, в единицах измерения микрограммах на децилитр (µg/dl). До того, как кровь бралась на анализ, у матери ребенки (или другого члена семьи, ухаживающего за ребенком), брали разрешение на участие ребенка в исследовании. Если согласие было дано, то ручку ребенка тщательно мыли водой с мылом. При отсутствии мыла и воды, ручка ребенка была вымыта жидким антибактериальным мылом и очищена спиртовыми салфетками. После этого забиралось 2-3 капли капиллярной крови. Эта кровь затем смешивалась с реагентами, переносилась пипеткой в сенсор, после чего сенсор вставляли в прибор “LeadCare analyzer”. Результаты анализа появлялись на экране прибора в течение трех минут, и затем результаты, с объяснением их значения, выдавались матери ребенка.[7]

В целом, 390 детей в возрасте 6-59 месяцев, подлежали исследованию свинца в крови. Среди них 378 были протестированы, результат ответности был 97 процентов. Неучастие, в основном, было связано с невозможностью получить согласие на участие в исследование, в связи с отсутствием в доме матери или другого члена семьи, ответственного за ребенка.

14.6.2 Находки исследования

Многие исследования выявляют вредные эффекты, при концентрации свинца в крови детей на уровнях от 10.0 до 19.9 µg/dl. При уровнях между 20.0 и 44.9 µg/dl проявляющиеся клинические признаки варьируют от летаргии и раздражительности до спорадическая рвоты и болей в животе. Уровни выше 45.0 µg/dl, манифестируются более выраженными симптомами заболевания, и в подобных случаях должно быть оказано немедленное лечение. Уровни выше 100.0 µg/dl являются угрожающими жизни. Однако, контактирования даже относительно низких уровней свинца, может оказывать неуловимые эффекты и оставить ребенка со сниженными умственными способностями (George, 1999).

В целом, 6 процентов детей (6-59 месяцев) были найдены с уровнем свинца в крови 10.0 µg/dl или выше (Таблица 14.5). Только один из 378 детей, подвергнутых анализу, имел уровень свинца в крови 20.0 µg/dl или выше. Это соответствует относительно низкому среднему уровню

---

[7] До начала исследования специальные подготовления были организованы по направлению детей в местные больницы в случаях нахождения уровней свинца в крови 45.0 µg/dl или выше. Однако, ни одного ребенка не было найдено с таким высоким уровнем свинца в крови.

свинца в крови, найденному в недавнем исследовании, произведенном среди детей в трех городах Казахстана, где средние уровни находились в пределах от 4 до 7 µg/dl (Kaul и др., 2000).

Имелись некоторые различия в распространенности повышенных уровней свинца в крови, по возрасту детей и образованию матери. Наиболее часто, уровни свинца в крови 10.0 µg/dl или выше, были найдены среди детей в возрасте 12-23 месяцев (11 процентов), и среди детей в возрасте 24-35 месяцев (8 процентов). В добавок, процент с уровнем свинца более 10.0 µg/dl был самым низким среди детей от матерей с высшим образованием (3 процента).

Таблица 14.5 Контакт со свинцом среди детей в городе Ташкенте

Процент распределения детей 6-59 месяцев жизни по уровням свинца в крови в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Процент детей со специфичным уровнем свинца < 10.0 mg/dl	10.0-19.9 mg/dl	20.0-44.9 mg/dl	Всего	Число детей[1]
Возраст ребенка в месяцах					
6-11	*	*	*	*	19
12-23	(88.8)	(11.2)	(0.0)	(100.0)	36
24-35	91.4	8.6	0.0	100.0	63
36-47	95.6	3.4	0.9	100.0	119
48-59	94.7	5.3	0.0	100.0	140
Пол					
Мужской	93.3	6.2	0.6	100.0	193
Женский	94.6	5.4	0.0	100.0	185
Образование					
Начальное и неполное среднее	*	*	*	*	15
Среднее	88.0	12.0	0.0	100.0	102
Среднее специальное	93.6	4.8	1.7	100.0	67
Высшее	97.5	2.5	0.0	100.0	74
Сведение концов с концами					
Большие трудности	95.0	5.0	0.0	100.0	106
Некоторые трудности	93.0	7.0	0.0	100.0	116
Небольшие трудности	93.6	5.6	0.8	100.0	131
Легко	95.3	4.7	0.0	100.0	24
Всего	93.9	5.8	0.3	100.0	378

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях. Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться.
[1]Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число детей (378) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.

14.6.3 Заключение

В городе Ташкенте, уровни свинца в крови 10.0 µg/dl или выше были найдены среди 6 процентов детей, практически все случаи находились в пределах 10.0-19.9 µg/dl. Хотя данные уровни рассматриваются умеренно повышенными, они могут оказывать значительные и продожительные отрицательные эффекты на СОБРАННЫЕ В ТАШКЕНТЕ БИОМАРКЕРЫ, находящиеся с ними в контакте. Соответственно, внимание должно быть направлено на определение источника отравления свинцом в городе Ташкенте и формулирование планов его устранения.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА А В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 15

Дж. Сангха и З.Д.Муталова

Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Узбекистане предоставил средства для изучения статуса Витамина А среди детей 6-59 месяцев жизни, которое требовало взятие венозной крови у детей, участвующих в исследовании. В связи с финансовыми трудностями, а так же для соблюдения необходимого уровня выполнимости практических требований по транспортировке и хранению проб крови, данное иследование было ограничено одной областью. По просьбе ЮНИСЕФ, данное исследование было ограничено рамками Ферганской Области, известной изобилием фруктов и овощей. Таким образом, если проблема по Витамину А будет найдена в Ферганской Области, то это может предположить наличие подобной проблемы и в других регионах страны.

15.1 ОБОСНОВАНИЕ

Витамин А незаменим для зрения, роста, клеточной дифференцировки, репродукции и целостности имунной системы. Витамин А так же является важным для защиты организма от различных серьезных инфекционных заболеваний (например кори и диарейных заболеваний). С другой стороны, дефицит витамина А (ДВА) является лидирующей причиной предотвратимой слепоты у детей, и повышенного риска заболеваемости и смертности среди детей дошкольного возраста.

Клиническими симптомами тяжелого ДВА являются сумеречная слепота, пятна Битота, ксерофтальмия и слепота. Тяжелые формы ДВА практически неизвестны в Центральной Азии. Однако, задолго до того, как появляются эти клинические симптомы, дети могут страдать от субклинических последствий ДВА, таких как продолжительное течение инфекций, анемия и задержка роста. Соответственно, была рекомендована необходимость определения ДВА даже в тех местностях, где нет очевидных проявлений тяжелого ДВА (Arneil, 1997).

15.2 ПОЛЕВЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ПО СБОРУ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ

Имеются различные клинические и биологические индикаторы ДВА. Прямая оценка запасов витамина А в печени путем биопсии печеночной ткани в популяционных исследованиях не представляется практической. Однако, концентрации ретинола в сыворотке венозной крови были обоснованы пригодными для оценки ДВА, и являются наиболее используемыми биологическими индикаторами ДВА в общих популяционных исследованиях (WHO, 1994). Уровни ретинола в сыворотке крови менее 20 микрограммов на децилитр, рассматриваются как индикатор ДВА.

До того, как пробы крови были взяты у детей, мать ребенка (или другого ответственного лица по уходу за ребенком), просили дать согласие на участие ребенка в исследовании. Если она соглашалась, то кровь у ребенка собиралась в одну вакутейнер пробирку, с использованием одноразового шприца. Пробирки защищали от света, нагревания и воздуха, и немедленно помещали в сумку, охлажденную пакетами льда. Пробы затем переносились в машину, обслуживающую команду, и прокручивались на центрифуге, работающей от мотора машины. До конца дня, пробы оставались в машине, в сумке со льдом.

К концу дня, пробы перевозились в центральную лабораторию областной больницы города Ферганы, где они снова центрифугировались и сыворотка переносилась в пробирки “Nalgen”. Затем, эти пробирки были помещены в контейнер, заполненный жидким азотом. Для поддержки

температуры ниже -70°C необходимой для хранения проб, уровень жидкого азота поддерживался дополнительниыми вливаниями.

Всего 688 детей в возрасте 6-59 месяцев подлежали сбору венозной крови. У 633 детей, ретинол сыворoки крови был измерен, что составило 92 процента ответности. Невозможность взятия крови у детей, в основном, происходила в тех случаях, когда лица, ответственного за дачу разрешения на участие ребенка в исследовании, не было дома.

15.3 ИЗМЕРЕНИЕ СТАТУСА ВИТАМИНА А

После того, как все пробы в Ферганской Области были собраны, их отправили в контейнерах с жидким азотом в Институт Питания в Алматы, Казахстан, где методом высоко-жидкостной хроматографии был произведен их биохимический анализ. Все пробы были проанализированы через четыре месяца после того, как их привезли в Алматы.

Концентрация сывороточного ретинола менее 20.0 микрограммов на децилитр (µg/dl) является индикатором ДВА. Уровень 10.0-19.9 µg/dl, указывает на умеренный дефицит, тогда как уровень менее чем 10.0 µg/dl, указывает на тяжелый дефицит.

15.4 НАХОДКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Таблица 15.1 указывает, что 53 процента детей, участвовавших в исследовании, страдают от дефицита Витамина А разной степени: 44 процента- умеренно дефицитные и 9 процентов имели тяжелый дефицит. Эти результаты находятся в соответствии с находками более раннего исследования, проведенного в Муйнакском районе Каракалпакстана, Узбекистан, где 41 процент детей в возрасте до пяти лет жизни страдали от разной степени ДВА, т.е. уровнь ретинола был найден менее чем 20 µg/dl (Morse, 1994).

Таблица 15.1 и Рисунок 15.1 так же указывают, что ДВА наименее распространен среди детей в 6-11 месяцев (38 процентов), нарастая до пика среди детей в возрасте 12-23 месяцев (61 процент), и является более низким и стабильным среди детей старшего возраста (около 50 процентов). Пик в возрасте отнятия от груди, возможно, отражает факт снижения поступления Витамина А, получаемого из материнского молока. Полезно отметить, что недавнее 2000 года Медико-Демографическое Исследование в Уганде, определило такую же возрастную тенденцию ДВА, т.е. пик в возрасте 12-23 месяцев жизни.

Процент ДВА в зависимости от образования матери, был найден самым высоким среди детей от матерей с наменьшим образованием (61 процент), и наименьшим среди детей от матерей с наибольшим образованием (34 процент).

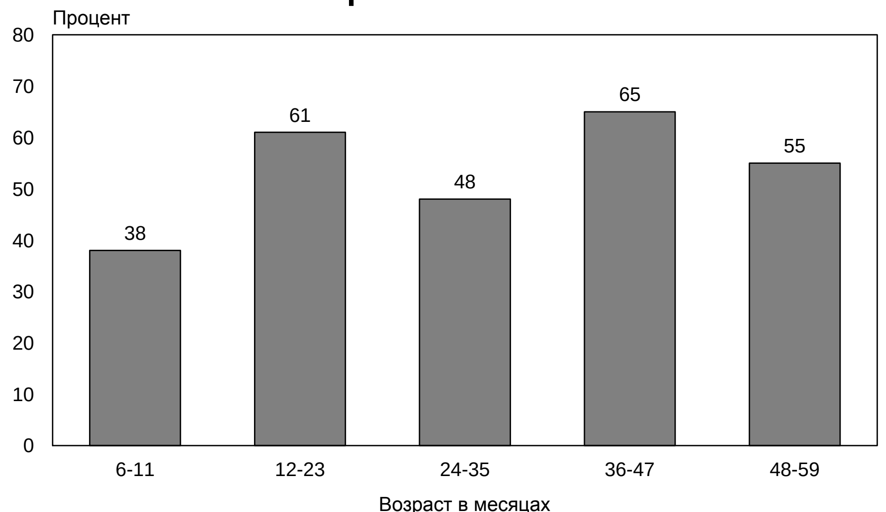
Таблица 15.1 Статус витамина А среди детей в Ферганской Области

Процент детей в Ферганской Области в возрасте 6-59 месяцев с ДВА по статусу витамина А, в зависимости от социально биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Статус витамина А: Норма ≥ 20 µg/dl	Статус витамина А: Дефицит Витамина А менее 20.0 µg/dl	Дефицит витамина А: Умеренный дефицит 10.0-19.9 µg/dl	Дефицит витамина А: Тяжелый дефицит Менее 10.0 µg/dl	Всего случаев[1]
Возраст ребенка в месяцах					
6-11	61.9	38.1	30.3	7.8	34
12-23	38.6	61.4	52.1	9.3	65
24-35	52.3	47.7	39.3	8.4	131
36-47	44.6	55.4	49.3	6.0	143
48-59	45.5	54.5	42.4	12.1	259
Пол					
Мужской	47.7	52.3	43.3	9.1	340
Женский	46.0	54.0	44.2	9.8	293
Очередносчть рождения					
1	48.3	51.7	47.0	4.7	109
2-3	45.4	54.6	48.2	6.3	183
4+	48.9	51.1	33.0	18.1	45
Место жительства					
Город	42.2	57.8	43.9	13.9	177
Село	48.7	51.3	43.6	7.7	456
Образование матери					
Начальное и неполное среднее	39.5	60.5	48.9	11.6	34
Среднее	45.2	54.8	45.7	9.1	232
Среднее специальное	50.0	50.0	48.6	1.4	56
Высшее	66.0	34.0	34.0	0.0	19
Возраст матери					
15-19	42.0	58.0	58.0	0.0	2
20-24	49.6	50.4	47.4	3.1	121
25-29	45.1	54.9	46.0	8.9	137
30-49	44.9	55.1	42.9	12.1	81
Статус матери					
Мать анкетирована	46.8	53.2	45.8	7.4	337
Мать не анкетирована и не является членом домохозяйства	47.3	52.7	41.2	11.6	292
Сведение концов с концами					
Большие трудности	40.1	59.9	49.9	9.9	144
Некоторые трудности	49.6	50.4	44.1	6.2	216
Небольшие трудности	52.1	47.9	37.9	10.0	197
Легко	36.8	63.2	46.8	16.4	74
Всего	46.9	53.1	43.7	9.4	633

[1]. Как и в других главах данного отчета, случаи представлены во взвешенных числах. Однако в данной главе, коэффициенты взвешенности на обще-национальном уровне были пересчитаны таким образом, что общее число детей (633) было равно абсолютному числу тех от кого была собрана информация.

Рисунок 15.1 **Дефицит Витамина А у детей 6-59 месяцев, Ферганская Область**



Примечание: Дефицит Витамина А определяется при уровне сывороточного ретинола менее 20 µg/dl

ИЗНУ 2002

15.5 ДВА И ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Имеется значительное количество очевидных фактов международных исследований того, что ДВА является содействующим фактором железодефицитной анемии, и что назначение витамина А может оказывать положительный эффект на метаболизм железа (IVACG, 1998). Давно известно, что в Узбекистане анемия является широко распространенной среди женщин фертильного возраста и среди детей.[1]

В 2002 ИЗНУ среди детей, проживающих в Ферганской Области, были найдены высокие уровни ДВА (53 процентов), так же как и высокие уровни анемии (37 процентов, смотри Таблицу 10.8)

15.6 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашим сведениям, 2002 ИЗНУ является единственным исследованием по определению уровней сывороточного ретинола среди детей в Ферганской Области, и единственным недавним исследованием по изучению уровней ретинола где-либо в Узбекистане. Более половины всех детей, проанализированных на витамин А (53 процента) страдали ДВА либо умеренной, либо тяжелой степени. Исследование 1993 года, проведенное в Муйнакском районе Каракалпакстана, регионе значительно отдаленном от Ферганы, так же нашло высокие уровни ДВА среди детей (41 процент), предполагающее, что ДВА может быть широко распространенной проблемой здоровья.

ДВА может быть исправлен потреблением пищевых продуктов, богатых витамином А, таких как яйца, печень, рыба, молоко, оранжевые и желтые овощи и фрукты и зеленые лиственные овощи. Однако, в популяциях, где ДВА является проблемой, ДВА лучше всего исправляется

[1] По данным Медико-демографического исследования 1996 года, среди детей менее 3 лет жизни, общий процент анемии (легкой, умеренной и тяжелой) был 61 процент на общенациональном уровне и 79 процентов в Восточном регионе, регионе включающем Ферганскую Область.

путем комбинирования черырех основных элементов: соответствующий пищевой и инфекционный контроль, пищевые добавки витамином А и обогащение пищи витамином А. Исключительное грудное вскармливание, начатое сразу же после рождения, также предупреждает ДВА, так как грудное молоко является адекватным источником витамина А для младенцев, вплоть до 6 месяцев жизни (WHO, 2001b).

Международная общественность в обрасти здравоохранения расценивает ДВА, как проблему общественного здравоохранения, когда 15 или более процентов исследованного населения имеют уровень ретинола менее 20.0 µg/dl (Sommer and Davidson, 2002). Ясно, что в Ферганской Области процент детей с ДВА (ретинол сыворотки крови менее 20 µg/dl) намного выше критерия 15 процентов, обозначающую проблему здравоохранения. Таким образом, внимание должно быть направлено на усиление программ обучения, направленных на исправление питания и на обеспечение пищевых добавок витамином А детям дошкольного возраста в Ферганской Области. В конечном счете, разумеется, это должно решаться Министерство Здравоохранения, должен ли дефицит витамина А рассматриваться в качестве проблемы общественного здравоохранения в различных регионах Узбекистана, и что, по этому поводу, необходимо предпринять.

СТАТУС ЖЕНЩИН 16

Х. Ньюби и А.И.Камилов

Изучение положения женщин и обретение ими силы важны сами по себе и обретают особое значение в связи с тем, как это воздействует на здоровье женщин. Положение женщин в обществе и в семье может оказывать непосредственный эффект на объем ресурсов, которые они тратят, например, на здравоохранение и повышение своего благосостояния. Также, на женщин прямо или косвенно (как ухаживающих за детьми) нацелен целый ряд программ в сфере здоровья и народонаселения. Для разработки и усовершенствования программ в области народонаселения, здравоохранения и правильного питания, лучшей оценки и удовлетворения потребностей женщин и их семей, критически важны индикаторы мониторинга и оценки положения женщин и наделения их силой, ориентированные на традиционные права женщин и индивидуальный уровень их финансовой самостоятельности и возможности принятия решений.

Признавая многосторонние аспекты проблемы положения и наделения женщин силой, проект ИЗНУ-2002 включал вопросы, позволяющие рассмотреть несколько различных аспектов проблем положения женщин и наделения их силой, в том числе замужество и место проживания, степень участия в принятии решений в семье, контроль над семейными и личными расходами и владение собственностью. Анкеты также включали вопросы относительно религиозных верований и гендерных ролей мужчин и женщин.

16.1 МОДЕЛИ БРАКА

На модели брака в значительной степени влияют культура и традиции, и их исследование часто позволяет достичь более глубокого понимания положения и наделения женщин силой в обществе и в семье. На индивидуальном уровне, различные аспекты брака, по всей вероятности, влияют на уровень самостоятельности и контроля, которые она имеет в семейной жизни. В ИЗНУ 2002 собиралась информация о следующих аспектах моделей брака в Узбекистане: степень участия женщин в выборе супруга, родственная близость супругов, разница в возрасте и образовании между женами и мужьями и совместное проживание с родственниками мужа. В то время как участие в выборе супруга, более низкая разница в возрасте и образовании супругов, гипотетически рассматриваются как позитивные факторы наделения женщин силой, родственная близость и совместное проживание с родственниками мужа обычно ассоциируются с меньшей самостоятельностью.

16.1.1 Выбор Супруга

В таблице 16.1 отражены продолжительность знакомства женщин со своими мужьями до брака, а также их участие в выборе мужа. Для женщин, состоявших в браке более одного раза, речь идет только об их нынешних или последних мужьях.

Десять процентов женщин Узбекистана, когда-либо бывших замужем, впервые встретили своих мужей в день свадьбы. Еще 20 процентов знали будущего мужа менее одного месяца до вступления в брак. Таким образом, 3 из каждых 10 женщин в Узбекистане выходят замуж за человека, который является для них относительным незнакомцем. В целом, вероятность замужества в течение месяца после первой встречи (включая день заключения брака) не меняется с возрастом, хотя для женщин старшего возраста, вероятность первой встречи с мужем в день свадьбы, была гораздо выше остальных групп. Продолжительность периода знакомства до вступления в брак позитивно соотносится с уровнем образования. Тем не менее, следует отметить, что 16 процентов женщин с высшим образованием выходят замуж за человека, с которым они

впервые встретились менее чем за месяц до свадьбы. Традиция знакомства в день свадьбы наиболее распространена среди этнических узбеков и таджиков (соответственно 10 и 14 процентов).

Таблица 16.1 Выбор супруга

Процентное распределение когда-либо состоявших в браке женщин , в зависимости от продолжительности знакомства с мужем перед свадьбой, и от степени вовлеченности в выбор супруга, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Продолжительность знакомства с мужем перед свадьбой						Выбрала мужа					Количество женщин
	Познакомились в день свадьбы	Менее 1 месяца	От 1 месяца до 1 года	1 год или больше	Пропущено	Всего	Да	Нет (была спрошена)	Нет (не спрашивали)	Пропущено	Всего	
Возраст												
15-19	2.5	24.3	28.1	43.2	1.9	100.0	29.6	5.1	63.5	1.9	100.0	77
20-24	7.6	21.3	35.0	36.0	0.0	100.0	33.5	1.9	64.5	0.0	100.0	726
25-29	9.4	23.9	33.1	33.6	0.0	100.0	35.3	1.6	62.7	0.4	100.0	771
30-34	8.3	20.9	38.1	32.6	0.1	100.0	37.6	3.2	58.8	0.4	100.0	721
35-39	8.7	21.2	36.2	33.9	0.0	100.0	34.8	1.6	63.3	0.3	100.0	671
40-44	11.3	16.2	32.9	39.6	0.0	100.0	37.7	2.1	59.8	0.4	100.0	615
45-49	14.5	15.8	31.8	37.9	0.0	100.0	40.5	3.1	56.4	0.1	100.0	461
Возраст вступления в первый брак												
<16	(16.0)	(17.3)	(41.9)	(24.8)	(0.0)	(100.0)	(51.8)	(3.1)	(45.1)	(0.0)	(100.0)	43
16-18	11.9	20.8	32.6	34.7	0.0	100.0	31.7	2.2	66.0	0.1	100.0	1,283
19-21	8.7	20.4	35.3	35.6	0.1	100.0	34.7	1.8	63.2	0.3	100.0	1,915
22-25	5.8	19.6	35.0	39.6	0.1	100.0	45.9	3.1	50.2	0.8	100.0	643
>25	13.9	20.6	38.7	26.8	0.0	100.0	45.7	4.0	50.0	0.3	100.0	157
Образование												
Начальное/ неполное среднее	18.4	18.9	30.6	32.1	0.0	100.0	25.9	1.6	72.0	0.5	100.0	340
Среднее	10.9	22.4	32.2	34.6	0.0	100.0	31.4	2.0	66.4	0.2	100.0	2,386
Среднее специальное	5.1	20.3	40.0	34.5	0.2	100.0	44.6	2.0	52.7	0.6	100.0	850
Высшее	4.1	11.4	39.8	44.7	0.1	100.0	52.4	4.4	42.9	0.2	100.0	466
Место жительства												
Город	6.8	17.7	40.1	35.3	0.0	100.0	45.2	3.1	51.4	0.3	100.0	1,654
Село	11.4	22.2	30.7	35.6	0.1	100.0	29.9	1.7	68.1	0.4	100.0	2,388
Регион												
Западный	5.9	24.6	34.8	34.7	0.1	100.0	59.7	3.2	36.3	0.9	100.0	483
Центральный	12.3	12.4	28.6	46.7	0.0	100.0	37.5	1.2	61.3	0.0	100.0	963
Восточно-Центральный	4.9	16.2	45.9	33.1	0.0	100.0	32.4	3.2	64.3	0.1	100.0	1,065
Восточный	16.3	33.3	23.1	27.2	0.1	100.0	22.0	1.5	75.8	0.7	100.0	1,145
Город Ташкент	0.0	8.1	52.0	39.7	0.1	100.0	55.5	3.3	41.2	0.0	100.0	386
Регионы расширенной выборки												
Каракалпакстан	6.1	20.6	44.5	28.6	0.1	100.0	72.2	5.3	20.9	1.6	100.0	263
Ферганская Область	13.7	29.5	16.5	40.3	0.0	100.0	20.9	3.0	76.1	0.0	100.0	501
Национальность												
Узбечка	10.4	21.3	33.3	35.0	0.1	100.0	30.7	2.0	67.1	0.2	100.0	3,446
Русская	0.0	4.9	41.9	53.1	0.0	100.0	91.7	1.0	7.3	0.0	100.0	125
Каракалпачка	5.6	24.2	47.4	22.8	0.0	100.0	76.2	4.9	15.7	3.1	100.0	93
Таджичка	13.5	28.2	33.5	24.8	0.0	100.0	29.3	3.1	66.2	1.4	100.0	118
Казашка	5.2	17.2	48.0	29.6	0.0	100.0	68.4	7.1	24.2	0.3	100.0	101
Татарка	(0.0)	(4.9)	(43.4)	(51.7)	(0.0)	(100.0)	(79.7)	(3.3)	(17.0)	(0.0)	(100.0)	52
Другие	1.7	7.3	39.8	51.2	0.0	100.0	69.3	2.3	27.1	1.3	100.0	107
Муж является родственником												
Да	7.6	11.5	20.6	60.2	0.0	100.0	21.3	2.1	76.4	0.2	100.0	691
Нет	9.9	22.2	37.4	30.4	0.1	100.0	39.2	2.3	58.2	0.4	100.0	3,351
Всего	9.5	20.4	34.6	35.5	0.1	100.0	36.2	2.2	61.3	0.3	100.0	4,042

Примечание: Муж означает нынешнего или последнего мужа или партнера. Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях.

Данные о том, что многие женщины выходят замуж в течение краткого периода после первой встречи с мужчиной, подтверждаются заявлениями большинства женщин о том, что они не участвовали в принятии решения о том, за кого выходить замуж. Немногим более половины (61 процент) женщин сообщили, что с ними не советовались при выборе их супруга. Молодые женщины чаще старших женщин заявляют о том, что они не участвовали в выборе мужа; только 30 процентов женщин в возрасте 15-19 лет сами выбрали мужа против 41 процента женщин в возрасте 45-49 лет. Вероятность участия в выборе супруга резко возрастает с уровнем образования. Тем не менее, поражает тот факт, что 43 процента женщин с высшим образованием утверждают, что с ними не советовались. Узбекские и таджикские женщины наиболее широко представлены среди тех, с кем не советуются при выборе супруга; две-трети из них сообщают, что они не могли повлиять на данное решение. Меньше возможностей для выбора супруга имеют в особенности те, кто замужем за родственниками, по сравнению с теми, кто не состоит в браке с родственниками, хотя они чаще всего знают своих будущих мужей в течение более длительного периода до заключения брака.

16.1.2 Родственные браки

Браки между родственниками (единокровные или родственные браки) традиционны среди узбеков и некоторых других этнических групп в Центральной Азии. Замужних в настоящее время женщин спрашивали о том, являлся ли их муж родственником, в то время как разведенных женщин и вдов спрашивали о том, являлся ли родственником их самый последний муж. Из таблицы 16.2 видно, что в Узбекистане 17 процентов, когда-либо состоявших в браке женщин, были замужем за родственником, но только 10 процентов были замужем за единокровным родственником. В целом, 6 процентов вышли замуж за двоюродного брата с материнской или отцовской стороны, и еще 4 процента вышли замуж за единокровного родственника, но не двоюродного брата.

Браки между единокровными родственниками наиболее типичны в Центральном и Западном регионах. В сельской местности их вдвое больше (13 процентов), чем в городах (6 процентов). Как и предполагалось, этнические таджики и узбеки значительно чаще других этнических групп склонны к бракам с единокровными родственниками (соответственно, 14 процентов и 11 процентов, по сравнению с 3 процентами жителей Каракалпакии и отсутствием таковых среди русских). В целом, эти данные подтверждают гипотезу о том, что, хотя браки между единокровными родственниками продолжают иметь место, они не столь распространены ни в одной из подгрупп населения.

Таблица 16.2 Единокровные (родственные) браки

Процентное распределение когда-либо состоявших в браке женщин в соответствии с их родством к (последнему) мужу, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Двоюродный брат (сторона отца)	Двоюродный брат (сторона матери)	Другой кровный родственник	Родственник в результате замужества	Не родственник	Всего	Количество женщин
Возраст							
15-19	1.7	7.2	3.6	9.3	78.3	100.0	77
20-24	3.1	4.2	5.4	8.4	78.9	100.0	726
25-29	2.0	4.4	3.8	8.0	81.8	100.0	771
30-34	2.0	3.3	4.0	5.2	85.5	100.0	721
35-39	3.2	4.3	2.0	7.9	82.7	100.0	671
40-44	2.5	3.8	4.3	5.7	83.6	100.0	615
45-49	1.8	2.4	3.3	5.4	87.1	100.0	461
Место жительства							
Город	1.1	2.7	2.2	4.4	89.6	100.0	1,654
Село	3.4	4.7	4.9	8.7	78.3	100.0	2,388
Регион							
Западный	5.7	6.7	1.9	5.4	80.4	100.0	483
Центральный	3.6	5.3	7.2	12.0	72.0	100.0	963
Восточно-Центральный	1.9	3.5	5.5	9.1	80.0	100.0	1,065
Восточный	1.4	3.0	1.4	3.4	90.8	100.0	1,145
Город Ташкент	0.3	0.5	0.4	0.8	98.0	100.0	386
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	1.7	4.4	2.0	4.6	87.3	100.0	263
Ферганская Область	1.5	4.5	1.6	5.2	87.3	100.0	501
Образование							
Начальное/ неполное среднее	4.3	3.8	4.3	6.7	80.9	100.0	340
Среднее	2.8	4.8	4.5	7.8	80.1	100.0	2,386
Среднее специальное	1.4	2.5	2.1	5.6	88.4	100.0	850
Высшее	1.3	2.0	3.0	5.2	88.6	100.0	466
Национальность							
Узбечка	2.7	3.9	4.2	7.6	81.6	100.0	3,446
Русская	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	125
Каракалпачка	0.4	1.5	1.5	3.0	93.7	100.0	93
Таджичка	2.5	8.1	3.6	3.6	82.2	100.0	118
Казашка	0.9	2.3	2.2	6.3	88.3	100.0	101
Татарка	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(2.2)	(97.8)	(100.0)	52
Другие	2.7	7.1	2.3	4.0	83.9	100.0	107
Всего	2.5	3.9	3.8	6.9	82.9	100.0	4,042

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях

16.1.3 Разница в возрасте и образовании между женами и мужьями

В таблице 16.3 представлена информация о разнице в возрасте и образовании между супругами в Узбекистане. Самостоятельность женщин и степень контроля, которыми они обладают, обычно негативно ассоциируются с большой разницей в возрасте и образовании в пользу мужей. Для вычисления разницы в возрасте и образовании замужних женщи, данные из женских анкет сравнивались с данными о возрасте и образовании их мужей, извлеченными из мужских анкет. Данные о замужних женщинах, чьи мужья не участвовали в интервью, не включены.

Таблица 16.3 Разница в возрасте и образовании между супругами

Процентное распределение замужних женщин в соответствии с разницей в возрасте и уровне образования между супругами, и средней разнице по возрасту и образованию, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Возраст мужа минус возраст жены					Всего	Средняя разница в возрасте	Образование жены по сравнению с образованием мужа				Всего	Средняя разница в годах образования (годы мужа минус годы жены)	Количество женщин
	<2 лет	2-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15+ лет			Меньше	Одинаковое	Больше	Не знает			
Возраст														
15-19	8.1	47.7	38.8	4.5	0.8	100.0	4.6	54.4	22.9	22.7	0.0	100.0	1.2	72
20-24	24.5	48.4	25.5	1.5	0.2	100.0	3.3	36.3	33.5	30.3	0.0	100.0	0.2	672
25-29	32.5	47.9	17.2	1.6	0.9	100.0	3.0	30.6	39.5	29.9	0.0	100.0	0.0	692
30-34	31.5	45.1	19.5	2.1	1.8	100.0	3.2	30.2	37.8	31.7	0.3	100.0	-0.2	644
35-39	31.5	50.0	16.8	1.0	0.7	100.0	2.8	35.4	38.2	26.4	0.0	100.0	0.3	585
40-44	36.1	45.4	13.2	3.2	2.1	100.0	3.0	28.1	45.4	26.6	0.0	100.0	-0.1	532
45-49	33.2	38.2	21.1	1.9	5.6	100.0	3.8	35.9	38.7	25.4	0.0	100.0	0.0	377
Возраст вступления в первый брак														
<16	(9.7)	(38.0)	(32.3)	(12.2)	(7.8)	(100.0)	(6.3)	(72.2)	(19.9)	(8.0)	(0.0)	(100.0)	(2.1)	32
16-18	14.6	50.8	30.0	2.7	1.8	100.0	4.2	37.8	38.4	23.8	0.0	100.0	0.5	1,152
19-21	33.8	49.2	14.7	1.0	1.3	100.0	2.8	31.0	39.0	29.8	0.1	100.0	-0.1	1,736
22-25	52.6	34.0	10.1	1.6	1.7	100.0	2.0	28.5	36.1	35.4	0.0	100.0	-0.4	541
>25	50.3	20.5	22.8	5.4	1.1	100.0	2.2	26.4	42.0	31.7	0.0	100.0	-0.9	113
Образование														
Начальное/неполное среднее	22.0	47.4	21.5	3.1	5.9	100.0	4.6	72.2	16.3	11.5	0.0	100.0	1.9	303
Среднее	28.1	48.8	20.2	1.8	1.1	100.0	3.2	32.0	43.2	24.7	0.1	100.0	0.3	2,170
Среднее специальное	36.3	44.8	16.5	1.8	0.6	100.0	2.7	30.7	34.5	34.8	0.0	100.0	-0.4	734
Высшее	42.7	34.9	18.4	1.6	2.4	100.0	2.9	11.6	35.1	53.4	0.0	100.0	-2.4	367
Место жительства														
Город	28.0	44.5	22.6	3.1	1.8	100.0	3.5	33.2	37.1	29.7	0.0	100.0	0.2	1,327
Село	32.4	47.6	17.4	1.2	1.4	100.0	3.0	33.0	39.0	27.9	0.1	100.0	-0.0	2,248
Регион														
Западный	40.3	39.7	17.1	1.4	1.6	100.0	2.6	31.1	37.5	31.4	0.0	100.0	-0.1	429
Центральный	38.2	41.6	18.5	0.5	1.2	100.0	2.7	36.2	39.5	24.1	0.2	100.0	0.5	867
Восточно-Центральный	26.7	47.2	21.9	2.2	1.9	100.0	3.5	35.7	37.6	26.6	0.0	100.0	0.3	970
Восточный	24.7	53.6	18.1	2.1	1.5	100.0	3.3	28.5	39.0	32.5	0.0	100.0	-0.6	1,046
Город Ташкент	29.7	42.2	21.5	4.9	1.8	100.0	3.4	34.0	35.4	30.6	0.0	100.0	0.4	263
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	36.1	37.8	23.1	1.7	1.2	100.0	3.0	32.5	34.8	32.7	0.0	100.0	-0.2	233
Ферганская Область	27.5	51.3	18.4	1.9	1.0	100.0	3.1	31.6	41.1	27.3	0.0	100.0	-0.0	462
Национальность														
Узбечка	30.0	47.8	19.0	1.7	1.5	100.0	3.1	33.4	38.7	27.8	0.1	100.0	0.1	3,117
Русская	42.6	34.8	14.1	3.4	5.1	100.0	3.2	21.8	29.7	48.5	0.0	100.0	-1.1	77
Каракалпачка	29.2	38.7	29.1	2.7	0.4	100.0	3.5	30.0	35.3	34.7	0.0	100.0	-0.5	82
Таджичка	27.4	47.3	21.7	2.2	1.3	100.0	3.3	34.2	43.4	22.3	0.0	100.0	0.5	102
Казашка	42.9	34.6	20.0	1.0	1.5	100.0	2.7	39.8	31.0	29.2	0.0	100.0	0.9	89
Татарка	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	29
Другое	43.7	26.9	22.9	4.7	1.7	100.0	3.2	26.8	36.9	36.3	0.0	100.0	-0.8	78
Муж является родственником														
Да	35.4	47.2	16.4	0.7	0.4	100.0	2.6	33.2	39.6	27.2	0.0	100.0	0.2	647
Нет	29.7	46.3	20.0	2.2	1.8	100.0	3.3	33.0	38.0	28.9	0.1	100.0	0.0	2,928
Всего	30.8	46.4	19.4	1.9	1.6	100.0	3.2	33.0	38.3	28.6	0.1	100.0	0.0	3,575

Примечание: Данные относительно возраста мужа и его уровня образования взяты из анкеты домовладения Цифры в скобках основаны на 25 до 49 невзвешенных случаях. Звездочка обозначает, что цифры основаны на менее 25 невзвешенных случаях и были умолчены.

В Узбекистане разница в возрасте между женщинами и их мужьями минимальна - 3.2 года. Разница в брачном возрасте незначительно отличается в зависимости от других факторов, за исключением возраста вступления в первый брак и образования. Соотношение женщин с мужьями, которые по крайней мере на 5 лет старше, чем они сами, наиболее высоко среди женщин, которые вступили в брак до 18 или после 25 лет. Возрастная разница между женами и мужьями снижается пропорционально росту уровня образования, от 4.6 лет среди женщин, имеющих образование ниже среднего, до 2.9 лет среди женщин, имеющих высшее образование.

Таблица 16.3 также демонстрирует, что в Узбекистане мужья и жены имеют равное количество лет образования. Фактически, средняя разница в образовании между супругами составляет 0 лет, и пары примерно одинаково распределены между теми, в которых жена менее образована чем муж, в которых жена имеет одинаковое с мужем образование, и где жена имеет более высокий уровень образования, чем муж. Тем не менее, замужние женщины в возрасте 15-19 лет, женщины, впервые вступившие в брак в 18 лет или ранее, женщины с низким уровнем образования или отсутствием такового, а также казахские женщины, чаще других имеют низкий уровень образования, по сравнению со своими мужьями. Примечательно, что только одна из десяти женщин с высшим образованием имеет образование ниже, чем у мужа, т.е. самое низкое соотношение среди всех подгрупп населения.

16.1.4 Совместное проживание после заключения брака

Другой аспект брака, влияющий на самостоятельность женщины и возможности контроля – это практика совместного проживания с семьей мужа после вступления в брак (см. таблицу 16.4). В соответствие с традициями и нормами, почти половина всех замужних женщин в Узбекистане (45 процентов) проживает вместе, по крайней мере, с одним членом семьи со стороны мужа. Из проживающих с родней мужа, 85 процентов женщин проживают со свекровью, а 65 процентов - со свекром. Молодые жены обычно проживают со свекровью; доля проживающих со свекровью замужних женщин колеблется от 86 процентов среди женщин в возрасте 15-19 лет, до 7 процентов среди женщин в возрасте 45-49 лет. Важно отметить, что более половины женщин в возрасте старше 30 лет проживают со свекровью. В целом, почти половина этнических узбеков, каракалпаков, таджиков и казахов проживают, по крайней мере, с одним из родственников мужа, по сравнению с показателем в менее чем одной пятой для русских и татар.

Таблица 16.4 Совместное проживание после заключения брака

Процентное распределение замужних женщин в соответствии с их проживанием с родственниками мужа, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Проживает с родственниками мужа: По крайней мере один родственник	Свекровь	Свекр	Другой родственник по мужу	Не проживает с родств-ми мужа	Количество женщин
Возраст						
15-19	91.5	86.3	74.8	75.0	8.5	76
20-24	82.5	77.0	65.3	67.2	17.5	696
25-29	63.1	54.0	42.3	44.1	36.9	726
30-34	41.0	32.8	22.7	21.3	59.0	666
35-39	25.2	18.8	12.9	8.6	74.8	605
40-44	15.0	10.9	4.6	5.9	85.0	552
45-49	12.2	6.9	2.2	5.7	87.8	398
Возраст женщины в момент вступления в первый брак						
<18	41.8	34.7	27.7	25.9	58.2	543
18-24	45.5	39.3	29.9	30.1	54.5	2,997
25+	38.7	27.1	19.7	28.6	61.3	180
Муж является родственником						
Да	49.0	43.4	33.3	35.2	51.0	662
Нет	43.7	36.8	28.2	28.2	56.3	3,058
Женщина выбрала супруга						
Да	38.6	32.5	24.0	26.4	61.4	1,403
Нет	48.2	41.3	32.2	31.3	51.8	2,317
Место жительства						
Город	40.4	33.4	23.6	25.3	59.6	1,434
Село	47.3	40.9	32.5	32.0	52.7	2,286
Регион						
Западный	50.2	40.5	31.4	37.7	49.8	446
Центральный	36.8	30.0	23.1	24.7	63.2	889
Восточно-Центральный	47.2	40.7	31.6	32.8	52.8	999
Восточный	49.6	43.8	33.6	29.8	50.4	1,082
Город Ташкент	33.4	28.3	19.1	18.9	66.6	304
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	50.2	39.4	31.3	38.2	49.8	238
Ферганская Область	52.6	48.0	35.4	29.0	47.4	471
Образование						
Начальное/ неполное среднее	38.4	30.6	23.0	26.6	61.6	316
Среднее	48.1	40.9	32.5	31.8	51.9	2,234
Среднее специальное	43.2	37.5	28.1	30.0	56.8	771
Высшее	32.7	28.7	17.0	17.1	67.3	399
Национальность						
Узбечка	46.1	39.7	30.4	30.4	53.9	3,220
Русская	10.9	10.2	4.5	1.2	89.1	93
Каракалпачка	48.2	38.0	26.8	34.8	51.8	84
Таджичка	47.6	38.5	28.0	32.8	52.4	111
Казашка	45.7	32.9	26.8	33.0	54.3	93
Татарка	(17.6)	(7.3)	(11.1)	(10.3)	(82.4)	33
Другое	26.6	22.4	21.0	18.0	73.4	88
Всего	44.6	38.0	29.1	29.4	55.4	3,720

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

16.2 ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ В СЕМЬЕ

Для оценки степени самостоятельности женщин в принятии решений в семье, респондентам ИЗНУ 2002 были заданы вопросы о том, кто принимает окончательное решение по следующим 5 ключевым вопросам: забота о собственном здоровье респондентки, крупные домашние покупки, ежедневные домашние покупки, посещение друзей или родственников, какую еду готовить на каждый день, должна или нет женщина работать за зарплату и использование методов контрацепции. Из таблицы 16.5 видно процентное распределение женщин в соответствии с тем, кто принимает окончательное решение по этим вопросам.

Единственные определенные решения, в принятии которых участвовало большинство замужних женщин (или самостоятельно, или совместно с другим членом семьи) - это использование методов контрацепции (72 процента) и ежедневный рацион питания (62 процента). Только 43 процента замужних женщин участвовали в принятии решений об их здоровье, и только одна из четырех имела право решающего голоса. Почти половина замужних женщин (45 процентов) сообщают, что только их мужья принимают окончательное решение относительно охраны здоровья женщины. Четыре из 10 замужних женщин участвуют в принятии решений о посещении друзей и работать или нет за зарплату. Примерно одна-треть принимают решения о повседневных покупках и о посещении друзей или родственников, но только одна из пяти сообщает о принятии решений, касающихся крупных домашних покупок. Когда замужние женщины не участвуют в принятии решений в семье, данные свидетельствуют о том, что это скорее их мужья, кто самостоятельно принимают соответствующие решения.

Данные также свидетельствуют об авторитете свекрови при принятии семейных решений. В частности, одна из 5 замужних женщин утверждают, что свекровь единолично принимает решения о посещении членов семьи, родственников или друзей; одна из 10 сообщает, что свекровь имеет право окончательного голоса в решении вопросов относительно крупных или мелких повседневных покупок (13 процентов для каждой категории). Даже при принятии решений относительно собственного здоровья респондентов, около 10 процентов женщин сообщают, что свекровь имеет право окончательного голоса.

Что касается незамужних женщин, более половины не имеют права голоса ни в одной из перечисленных выше ситуаций, за исключением двух: большинство участвуют в принятии решений об оплачиваемой работе, и практически все незамужние женщины, использующие методы контрацепции, утверждают, что они сами принимают данные решения.

Таблица 16.5 Участие женщины в принятии решений

Процентное распределение в соответствии с тем, кто принимает окончательное решение по определенным вопросам, в зависимости от семейного положения и типа решения, Узбекистан 2002

	Замужем сейчас или совместно проживают									Не замужем [1]					
Решение	Только сама	Совместно с мужем	Совместно с кемлибо другим	Только муж	Только свекровь	Только кто-либо другой	Не решили/не приемлемо	Всего	Кол-во Женщин	Только сама	Совместно с кем-либо другим	Только кто-либо другой	Не решили/не приемлемо	Всего	Кол-во Женщин
Собственное здоровье распондентки	24.6	17.2	0.7	45.0	9.6	2.7	0.1	100.0	3,720	24.5	17.5	55.7	2.2	100.0	1,743
Крупные домашние покупки	5.9	12.8	0.6	57.9	13.3	9.4	0.1	100.0	3,720	14.1	15.8	63.9	6.0	100.0	1,743
Ежедневные домашние покупки	20.9	9.6	0.6	48.7	13.3	6.7	0.1	100.0	3,720	16.8	14.4	62.6	6.0	100.0	1,743
Посещение друзей или родственников	9.7	26.3	0.5	40.8	18.0	4.6	0.1	100.0	3,720	18.0	15.0	53.7	13.1	100.0	1,743
Посещение друзей	14.8	25.9	0.4	39.7	15.4	3.5	0.4	100.0	3,720	27.5	0.2	52.8	2.9	100.0	1,743
Какую пищу готовить на каждый день	55.2	5.7	1.1	14.8	19.4	3.8	0.0	100.0	3,720	25.6	19.1	50.2	4.9	100.0	1,743
Работа женщины за деньги	31.4	15.3	0.4	41.3	7.8	2.3	1.5	100.0	3,720	31.0	0.0	38.5	17.5	100.0	1,743
Использование методов контрацепции	42.8	28.8	0.1	22.0	1.0	0.3	5.0	100.0	3,720	16.9	0.1	1.2	81.2	100.0	1,743

Примечание: Проценты могут быть не равны 100 по причине пропущенных случаев (не более 0.2 процентов случаев в каждой из категорий).
[1] Никогда не были замужем, разведены, живут отдельно или вдовы.

Таблица 16.6.1 демонстрирует, насколько различается участие в принятии решений в зависимости от социально-биологических факторов. В целом, большинство женщин участвуют в принятии решений о посещении друзей (64 процента), ежедневном рационе питания (57 процентов), трудовой деятельности (70 процентов) и методах контрацепции (69 процентов). Женщины реже склонны принимать другие решения. Менее половины участвуют в принятии решений относительно собственного здоровья (42 процента), повседневных покупок (31 процент) и посещения членов семьи (35 процентов), и менее четверти (23 процента) участвуют в принятии решений о крупных домашних покупках. Только 11 процентов всех женщин, самостоятельно или совместно с мужьями или кем-либо еще, имеют право решающего голоса во всех перечисленных ситуациях, и 13 процентов не участвуют в принятии никаких из решений. Участие в принятии семейных решений значительно различается в зависимости от возраста; почти половина женщин в возрасте 15-19 лет не принимают участия ни в каких из решений, по сравнению с 15 процентами женщин 20-24 лет и 2 процентами (или менее) женщин в остальных возрастных группах. Почти все женщины тридцати с лишним лет сообщают об участии в принятии одного или более конкретных решений; тем не менее, даже среди женщин более старшего возраста (45-49 лет) только 29 процентов сообщают, что они участвуют в принятии всех перечисленных решений. Городские женщины чаще сельских участвуют в принятии всех решений (19 процентов против 6 процентов), и принятие решений во всех ситуациях более типично, когда у женщины есть, по крайней мере, один ребенок. Участие в принятии решений, также, связано с образованием: 6 процентов женщин, имеющих образование ниже среднего, имеют право решающего голоса во всех перечисленных ситуациях, по сравнению с 25 процентами женщин с высшим образованием. Этнические узбечки и таджички имеют наименьшее право в принятии решений в семье (9 процентов и 4 процента, соответственно имеют право голоса во всех решениях), в то время как этнически русские женщины обладают этим правом в наибольшей степени (57 процентов). Неудивительно, что женщины, работающие за наличные деньги, более активно участвуют в принятии всех указанных решений (18 процентов), чем неработающие женщины (6 процентов) или женщины, работающие, но не получающие зарплату (11 процентов).

Таблица 16.6.1 Участие женщины в принятии решений в зависимости от социально-биологических факторов

Процент женщин, сообщающих о том, что они принимают окончательные решения по определенным вопросам самостоятельно или совместно с кем-либо, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Принимают окончательные решения самостоятельно или совместно с кем-либо по следующим вопросам :										
Социально-биологические факторы	Собственное здоровье респондентки	Крупные домашние покупки	Ежедневные домашние покупки	Посещение друзей или родственников	Посещение друзей	Какую пищу готовить на каждый день	Работа женщины за деньги	Использование методов контрацепции	Все перечисленные решения	Никакие из перечисленных решений	Колво женщин
Возраст											
15-19	27.3	16.1	16.1	18.3	13.2	33.1	15.1	8.1	0.4	47.5	1,091
20-24	34.4	12.0	15.4	20.3	42.5	36.5	59.5	63.8	2.7	15.0	1,049
25-29	40.7	17.1	25.8	29.9	67.4	56.0	79.5	90.2	8.8	2.1	809
30-34	50.4	25.7	39.8	41.8	85.8	68.7	90.2	93.5	15.7	1.0	734
35-39	50.2	29.2	44.0	47.0	93.2	74.7	96.0	92.8	17.2	0.7	687
40-44	52.5	33.9	47.9	55.0	96.9	78.0	97.0	91.3	20.0	0.0	626
45-49	59.7	42.7	56.1	64.7	98.5	82.0	96.9	84.8	28.7	0.0	466
Семейное положение											
Никогда не была замужем	31.7	19.7	20.5	22.5	15.4	35.9	19.5	4.1	1.1	45.6	1,421
Замужем /живут вместе	42.4	19.4	31.2	36.4	80.3	62.0	88.0	93.6	11.1	1.2	3,720
Разведенена/вдова/не живут вместе	87.1	75.1	78.3	79.3	82.0	83.9	82.3	74.2	52.5	3.5	322
Количество живых детей											
0	33.3	18.9	20.7	23.2	23.0	36.6	29.1	16.9	2.5	38.5	1,751
1-2	47.8	24.2	33.0	36.6	70.8	56.9	82.3	93.4	15.6	1.5	1,644
3-4	46.8	24.7	38.3	43.1	90.6	70.9	93.2	95.1	14.7	0.3	1,560
5+	41.7	24.7	39.1	49.1	96.8	79.5	97.7	91.3	13.1	0.0	508
Место жительства											
Город	58.9	33.1	42.8	44.3	69.5	60.2	75.9	73.5	18.9	8.4	2,175
Село	31.3	15.8	23.5	29.4	59.6	54.1	65.7	66.3	5.6	15.8	3,288
Регион											
Западный	47.8	32.6	48.8	47.6	60.9	61.4	66.9	64.0	10.4	7.1	699
Центральный	34.9	18.5	27.5	40.3	67.0	77.5	78.3	69.4	10.7	9.3	1,311
Восточно-Центральный	33.5	23.7	33.5	33.0	59.2	49.2	61.8	65.0	12.7	18.3	1,431
Восточный	38.3	15.1	18.1	23.4	62.1	42.0	67.9	72.1	4.6	16.1	1,518
Город Ташкент	90.8	40.1	49.1	48.3	74.9	59.5	80.2	78.6	26.1	5.3	503
Регионы расширенной выборки											
Каракалпакстан	52.5	30.3	50.8	46.8	63.1	55.4	67.6	64.0	11.2	4.8	387
Ферганская Область	44.2	26.0	28.7	34.6	63.7	59.0	72.3	73.7	6.4	9.4	632
Образование											
Начальное/неполное среднее	30.8	18.1	24.3	27.9	51.8	49.5	54.7	52.6	6.2	24.9	578
Среднее	37.4	18.3	26.9	31.5	61.9	54.4	69.0	69.1	7.9	13.1	3,189
Среднее специальное	49.4	28.6	37.9	40.6	65.9	58.9	73.5	72.1	14.6	10.2	1,122
Высшее	66.8	40.3	48.6	53.6	79.9	70.6	82.2	80.3	25.0	4.6	574
Трудовая деятельность											
Без работы	34.9	16.4	22.7	27.3	55.1	50.1	58.4	61.0	5.7	18.8	3,052
Работает за наличные деньги	53.2	31.2	42.5	45.7	74.3	65.0	84.7	79.8	18.0	5.3	2,227
Работает, но не за деньги	34.5	25.6	34.8	43.3	75.1	60.0	79.7	78.2	10.7	5.3	181
Национальность											
Узбечка	38.6	19.5	27.4	32.3	61.6	54.8	68.5	68.7	8.7	14.1	4,669
Русская	93.3	73.8	81.1	85.1	89.8	87.1	89.6	85.7	57.3	2.5	149
Каракалпачка	57.2	27.3	48.1	44.6	67.4	51.6	69.7	65.2	12.2	6.6	134
Таджичка	39.0	15.6	25.0	28.2	71.0	51.8	72.0	67.7	4.4	13.2	157
Казашка	58.3	36.4	51.9	45.5	68.2	59.3	71.9	65.9	15.7	4.9	140
Татарка	71.3	62.0	63.3	64.1	75.4	83.5	76.6	67.4	38.5	4.2	75
Другое	67.7	43.3	57.8	58.2	78.3	73.2	83.9	76.7	23.2	2.8	138
Всего	42.3	22.7	31.2	35.3	63.5	56.5	69.8	69.2	10.9	12.9	5,463

Примечание: “Всего” включает 3 случая, для которых пропущена информация относительно трудовой заятости.

Для оценки отношения мужчин к участию женщин в принятии решений в семье в рамках ИЗНУ 2002 мужчинам задавались вопросы, отличные от задаваемых респонденткам. Мужчин спрашивали о том, кто по их мнению, должен иметь больше прав при принятии решений в семье: муж, жена, или оба супруга в равной степени. В таблице 16.6.2 приведены данные о количестве мужчин, уверенных в том, что жена должна, по крайней мере, в равной степени участвовать в принятии различных решений, сгруппированные по характеру решений и социально-биологическим факторам мужчин.

Таблица 16.6.2 Отношение мужчин к участию женщин в принятии решений, в зависимости от социально-биологических факторов

Процент мужчин, сообщающих о том, что жена должна иметь, по крайней мере, такое же право голоса, как и муж, по определенным решениям, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Жена должна, по крайней мере, иметь равное слово в принятии следующих решений:							
Социально-биологические факторы	Крупные домашние покупки	Ежедневные домашние покупки	Когда посещать друзей или родственников	Как расходовать заработанные женщиной средства	Сколько и когда заводить детей	Все перечисленные решения	Никакие из перечисленных решений	Количество мужчин
Возраст								
15-19	30.5	47.2	46.4	59.6	64.6	13.3	16.0	380
20-24	31.0	42.1	42.2	60.3	67.3	9.3	11.1	388
25-29	30.6	35.6	40.3	62.1	69.0	7.8	8.8	399
30-34	35.9	49.5	49.4	74.8	76.3	14.1	5.6	293
35-39	39.3	45.6	47.2	70.8	80.0	17.2	6.4	256
40-44	41.4	51.4	57.1	67.6	78.8	17.4	6.0	227
45-49	41.1	49.8	51.4	69.9	83.4	24.7	6.8	196
50-54	37.6	46.8	55.5	68.8	91.1	16.8	3.3	140
54-59	30.9	50.8	41.0	70.6	88.3	22.7	1.5	54
Семейное положение								
Никогда не был женат	29.8	45.9	46.7	61.3	66.1	11.9	13.2	692
Женат /живут вместе	36.9	45.0	47.0	67.3	77.4	14.8	6.7	1,600
Разведенен/вдовец/не живут вместе	26.4	40.2	54.3	79.9	78.9	18.2	12.7	40
Место жительства								
Город	34.1	49.1	54.7	74.6	75.8	17.1	7.2	916
Село	35.0	42.7	42.0	60.0	72.9	12.0	9.7	1,417
Регион								
Западный	55.2	77.7	62.4	63.0	69.5	27.4	4.5	314
Центральный	32.4	43.4	37.7	47.5	63.3	13.5	20.0	510
Восточно-Центральный	31.8	57.4	58.5	63.0	75.8	14.8	5.5	646
Восточный	34.4	21.1	27.9	78.9	79.2	7.3	4.9	665
Город Ташкент	17.9	39.2	73.1	81.6	86.0	14.0	10.3	198
Регионы расширенной выборки								
Каракалпакстан	53.7	85.6	65.5	72.7	72.7	29.9	3.7	185
Ферганская Область	70.8	28.1	41.3	89.5	81.3	14.4	2.3	259
Образование								
Начальное и неполное среднее	34.0	39.2	34.0	63.8	68.1	13.3	10.5	188
Среднее	34.9	43.8	45.4	61.3	71.6	11.6	10.1	1,311
Среднее специальное	34.1	47.6	46.5	69.3	75.8	18.2	6.5	470
Высшее	34.5	50.0	60.0	78.2	83.7	17.7	5.7	364
Национальность								
Узбек	32.6	40.8	44.5	63.9	72.6	11.1	9.7	2,011
Русский	35.2	60.5	79.6	87.6	89.8	26.8	6.5	48
Каракалпак	47.9	87.0	71.2	81.7	82.4	34.5	1.6	67
Таджик	(20.4)	(47.6)	(16.7)	(69.0)	(80.8)	(2.3)	(0.0)	60
Казах	54.4	92.9	67.9	70.5	73.6	32.5	2.1	65
Татарин	(84.0)	(82.7)	(83.9)	(83.7)	(94.1)	(68.4)	(2.2)	48
Другие	43.0	53.4	64.8	75.0	82.8	32.3	6.9	33
Всего	34.6	45.2	47.0	65.7	74.0	14.0	8.7	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Значительное большинство мужчин уверены в том, что жена должна, по крайней мере, в равной степени участвовать в принятии решений о расходовании своей зарплаты, о количестве детей и времени их рождения (66 процента и 74 процента, соответственно). Тем не менее, только

половина мужчин согласны с тем, что жена должна, по крайней мере, в равной степени участвовать в принятии решений о том, когда посещать членов семьи, друзей или родственников и даже о повседневных покупках (47 и 45 процентов, соответственно). Только треть мужчин (35 процентов) высказали точку зрения о том, что жена должна в равной степени участвовать в принятии решений о крупных домашних покупках. В целом, 14 процентов мужчин утверждают, что жена должна в равной степени участвовать в принятии всех перечисленных решений, и 9 процентов сказали, что женщина не должна в равной степени участвовать в принятии никаких из перечисленных решений. Распределение взглядов мужчин в соответствии с социально-биологическими факторами похоже на ситуацию у женщин. Например, существует положительная корреляция между согласием мужчин с тем, что жена должна, по крайней мере, в равной степени участвовать в принятии всех перечисленных решений, по возрасту и образованию. Несмотря на это, в целом, если сравнить отношение мужчин к равному участию женщин в принятии решений (как показано в таблице 16.6.2) и реальной ситуацией, как ее воспринимают женщины (таблица 16.6.1), мужские утверждения звучат более уравнительно, чем это происходит на практике.

16.2.1 Свобода передвижения

Ограничение свободы передвижения женщин сдерживает их социализацию и ограничивает их доступ к общественным ресурсам и их использованию. Свобода передвижения женщин различается в континууме от неограниченного передвижения (может одна передвигаться везде) до отсутствия такой свободы (никогда и никуда не может ходить одна). Некоторым женщинам разрешено куда-либо ездить или ходить только в чьем-либо сопровождении. В ИЗНУ 2002 свобода передвижения женщин оценивается в терминах их свободы посещения трех различных мест: местного рынка за покупками, местной поликлиники или врача, и домов друзей по соседству. Была использована трехмерная шкала: может выходить одна, может выходить только с сопровождающим, и ей не разрешено выходить одной (таблица 16.7).

Свобода передвижения женщин незначительно отличается от указанным мест; по крайней мере 2\3 женщин сообщают, что могут в одиночку ходить во все места, т.е. на местный рынок, в местную поликлинику или к друзьям (65, 76 и 77 процентов, соответственно). Свобода передвижения женщин в наибольшей степени ограничена, когда речь идет о посещении местного рынка: 27 процентов женщин могут ходить туда только в сопровождении другого человека, а 8 процентов сообщают, что им вообще это запрещено.

Свобода передвижения возрастает с возрастом и количеством детей, и выше в городской местности, чем на селе. В сельской местности 18 процентам женщин запрещено одним посещать все три указанные места, по сравнению с 13 процентами женщин, проживающих в городе. Также существует прямая зависимость между уровнем образования и свободой передвижения в месте проживания. Только 7 процентам женщин с высшим образованием не разрешено посещать вышеназванные места, по сравнению с 25 процентами женщин, с образованием ниже среднего. Как и в случае с другими индикаторами наделения силой, этнические узбечки и таджички находятся в худших условиях, чем русские женщины и представительницы других национальностей. Женский оплачиваемый наличными труд, положительно ассоциирован со свободой передвижения. Например, каждой пятой из неработающих женщин запрещено ходить одной во все три указанные места, в то время как среди женщин, работающих за наличные деньги, соотношение составляет лишь 1 к 10.

Таблица 16.7 Свобода передвижения

Процентное распределение женщин по их свободе передвижения в соответствии с определенным местом назначения, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Посещение местного рынка за покупками:				Посещение местной поликлиники или врача				Посещение домов друзей по соседству				Не разрешено самостоятельно ходить ни в одно из мест	Количество женщин
	Одна	С кем-либо	Не разрешено	Всего	Одна	С кем-либо	Не разрешено	Всего	Одна	С кем-либо	Не разрешено	Всего		
Возраст														
15-19	45.1	39.2	15.7	100.0	52.3	39.0	8.7	100.0	71.7	20.4	7.9	100.0	26.0	1,091
20-24	56.5	32.8	10.7	100.0	69.8	27.4	2.7	100.0	72.6	22.6	4.8	100.0	20.2	1,049
25-29	68.7	22.7	8.6	100.0	80.3	17.2	2.5	100.0	77.0	18.1	4.9	100.0	14.6	809
30-34	78.0	19.4	2.5	100.0	87.3	12.4	0.3	100.0	79.7	19.0	1.3	100.0	9.0	734
35-39	73.3	23.1	3.7	100.0	86.1	12.6	1.3	100.0	80.6	17.8	1.6	100.0	10.4	687
40-44	75.7	21.0	3.3	100.0	86.4	13.3	0.2	100.0	82.0	17.3	0.7	100.0	9.3	626
45-49	79.0	17.7	3.3	100.0	86.9	12.6	0.6	100.0	84.7	14.2	1.1	100.0	10.0	466
Семейное положение														
Никогда не была замужем	52.6	34.2	13.1	100.0	58.8	34.2	7.1	100.0	76.5	17.7	5.8	100.0	21.4	1,421
Замужем /живут вместе	68.0	25.6	6.4	100.0	80.6	18.0	1.5	100.0	76.3	20.4	3.2	100.0	14.3	3,720
Разведена/вдова/не живут вместе	87.5	9.4	3.1	100.0	93.3	5.5	1.2	100.0	89.0	9.8	1.2	100.0	5.9	322
Количество живых детей														
0	52.9	34.6	12.5	100.0	60.1	33.6	6.2	100.0	74.9	19.3	5.8	100.0	22.1	1,751
1-2	68.3	24.2	7.5	100.0	80.5	17.5	1.9	100.0	76.1	19.4	4.5	100.0	14.4	1,644
3-4	73.1	22.7	4.2	100.0	85.7	13.6	0.8	100.0	80.5	18.0	1.5	100.0	10.3	1,560
5+	72.9	22.2	4.9	100.0	82.4	16.5	1.2	100.0	78.1	20.5	1.5	100.0	14.3	508
Место жительства														
Город	72.1	21.3	6.6	100.0	81.6	16.0	2.4	100.0	79.3	16.1	4.6	100.0	12.5	2,175
Село	60.6	30.6	8.8	100.0	71.7	25.1	3.2	100.0	75.7	21.1	3.3	100.0	17.8	3,288
Регион														
Западный	69.4	25.3	5.3	100.0	74.2	22.5	3.4	100.0	75.7	21.9	2.4	100.0	15.0	699
Центральный	51.8	38.5	9.7	100.0	57.7	39.3	3.0	100.0	56.3	40.2	3.5	100.0	29.2	1,311
Восточно-Центральный	74.6	18.9	6.4	100.0	80.5	15.2	4.3	100.0	81.3	14.3	4.4	100.0	16.6	1,431
Восточный	63.8	27.9	8.3	100.0	83.9	15.4	0.7	100.0	90.9	6.7	2.4	100.0	5.0	1,518
Город Ташкент	71.1	18.9	10.0	100.0	85.8	9.5	4.8	100.0	80.1	11.2	8.7	100.0	10.8	503
Регионы расширенной выборки														
Каракалпакстан	82.0	16.2	1.8	100.0	85.0	13.7	1.3	100.0	82.8	15.5	1.7	100.0	10.2	387
Ферганская Область	63.3	22.0	14.7	100.0	90.9	8.9	0.3	100.0	85.3	11.7	3.0	100.0	7.7	632
Образование														
Начальное/неполное среднее	54.7	31.3	14.1	100.0	62.8	29.5	7.7	100.0	70.8	21.1	8.1	100.0	24.6	578
Среднее	62.4	29.3	8.2	100.0	73.3	24.0	2.8	100.0	75.7	20.5	3.8	100.0	17.0	3,189
Среднее специальное	71.4	22.0	6.6	100.0	82.0	15.9	2.1	100.0	79.9	17.2	2.9	100.0	11.9	1,122
Высшее	78.6	18.8	2.5	100.0	89.3	10.3	0.4	100.0	86.0	12.8	1.2	100.0	7.0	574
Трудовая деятельность														
Без работы	58.1	31.4	10.4	100.0	69.3	26.6	4.0	100.0	73.7	21.1	5.2	100.0	19.9	3,052
Работает за наличные деньги	74.4	20.8	4.8	100.0	84.3	14.4	1.4	100.0	81.9	16.1	2.0	100.0	9.9	2,227
Работает, но не за деньги	71.1	26.3	2.6	100.0	77.1	21.8	1.1	100.0	77.7	21.4	0.9	100.0	13.3	181
Национальность														
Узбечка	62.6	28.8	8.7	100.0	73.8	23.1	3.1	100.0	75.7	20.3	4.0	100.0	16.8	4,669
Русская	90.4	8.4	1.2	100.0	93.5	5.3	1.2	100.0	89.4	8.9	1.7	100.0	4.8	149
Каракалпачка	91.1	7.5	1.4	100.0	91.5	7.1	1.4	100.0	91.8	6.3	1.9	100.0	5.2	134
Таджичка	63.2	28.2	8.6	100.0	75.1	19.5	5.4	100.0	78.9	12.7	8.4	100.0	15.8	157
Казашка	82.9	15.4	1.7	100.0	89.9	9.6	0.5	100.0	86.3	13.2	0.5	100.0	6.8	140
Татарка	75.8	20.3	3.9	100.0	83.0	17.0	0.0	100.0	82.7	17.3	0.0	100.0	14.2	75
Другие	79.3	16.3	4.4	100.0	84.5	15.0	0.5	100.0	84.0	14.4	1.6	100.0	9.3	138
Всего	65.2	26.9	7.9	100.0	75.6	21.5	2.9	100.0	77.1	19.1	3.8	100.0	15.7	5,463

Примечание: “Всего” включат 3 случая, для которых пропущена информация относительно трудовой занятости.

16.3 ФИНАНСОВАЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

Прямой доступ к финансовым ресурсам является важной причиной и вкладом в положение женщины и ее самостоятельности. Контроль над заработанными средствами обсуждался во второй главе, однако финансовая самостоятельность может также принимать иные формы. Данный раздел представляет информацию о владении ценностями и контроле над средствами для семейных и личных покупок.

В таблице 16.8 отображена пропорция женщин, когда-либо бывших замужем, которые самостоятельно или совместно с кем-либо, владеют каждым из 6 видов собственности: земля, данный дом или место проживания, другой дом, машина, драгоценности или ценные камни, и домашний скот. Самостоятельно или совместно с кем-либо, 87 процентов женщин владеют домом, в котором живут. Половина женщин является совладелицами земли, и почти половина – домашнего скота (46 процентов). Совладелицами драгоценностей являются 42 процента, и 17 процентов совладеют машиной. Минимальное количество женщин (5 процентов или менее) имеют вышеуказанную собственность в единоличном владении, за исключением драгоценностей (33 процента).

Таблица 16.8 Владение собственностью

Процент женщин, когда-либо бывших замужем, в соответствии с владением ими определенными видами собственности, самостоятельно или совместно с кем-либо, и среди самостоятельно владеющих видом собственности, процент способных продать собственность без разрешения, в зависимости от вида собственности, Узбекистан 2002

	Процент женщин владеющих собственностью					
Собственность	Самостоятельно	Совместно	Всего	Количество	Процент владеющих самостоятельно и способных продать без разрешения	Общее кол-во женщин, владеющих собственностью
Этот дом/место проживания	4.6	82.0	86.6	4,042	76.0	188
Любой другой дом	0.4	5.0	5.4	4,042	*	18
Земля	1.6	48.2	49.8	4,042	63.5	64
Машина	0.6	16.7	17.2	4,042	(62.8)	23
Драгоценности/ценные камни	33.0	8.8	41.8	4,042	53.1	1,335
Домашний скот	0.9	45.4	46.3	4,042	(75.6)	37

Примечание: Звездочка указывает на то, что цифры основаны на менее чем 25 невзвешенных случаях, и могут не учитываться. Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Хотя возможность совместного владения ценной собственностью может служить важным индикатором положения женщин в данном обществе, тем не менее, для того, чтобы эти ценности могли стать источником финансовой самостоятельности женщин, важным является знание женщинами того, что при необходимости, они могут продать данные ценности, ни у кого не спрашивая на то разрешения. В целом, большинство женщин, заявивиших о единоличном владении собственностью, ответили, что они могут продать ее без разрешения. Тем не менее, лишь немногим больше половины женщин (53 процента), самостоятельно владеющих драгоценностями/ценными камнями, единственным видом собственности, которым женщины могут владеть единолично, утверждали, что могут продать ее без разрешения, по сравнению с более высоким процентом женщин, кто обладает другими ценностями.

Таблица 16.9 демонстрирует контроль женщин над семейными и личными расходами. В рамках ИЗНУ 2002, женщин спрашивали, контролируют ли они средства для покупки овощей и фруктов, а также трех различных предметов для персонального потребления, а именно, одежды, лекарств и туалетных принадлежностей. Необходимость просить деньги на покупку даже небольших вещей для дома или для личного потребления ограничивает финансовую самостоятельность женщин.

Таблица 16.9 Экономическая независимость

Процент женщин, контролирующих деньги для покупки предметов домовладения и личных расходов, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Контролирует деньги для покупки овощей и фруктов	Контролирует деньги для личных покупок				Количество женщин
		Одежды	Лекарства	Туалетные принадлежности	По крайней мере один личный предмет	
Возраст						
15-19	8.7	15.4	10.7	32.3	35.4	1,091
20-24	15.3	27.2	25.8	47.5	52.1	1,049
25-29	32.2	41.9	43.9	52.7	61.2	809
30-34	44.2	53.6	52.8	57.7	69.8	734
35-39	52.5	59.4	59.2	56.1	71.0	687
40-44	49.5	61.2	58.8	51.9	71.3	626
45-49	55.9	65.1	67.0	55.6	72.6	466
Семейное положение						
Никогда не была замужем	11.8	22.0	16.3	39.9	43.5	1,421
Замужем /живут вместе	36.7	46.0	46.2	49.9	62.3	3,720
Разведенена/вдова/не живут вместе	73.9	80.4	83.3	76.9	85.9	322
Количество живых детей						
0	14.1	24.2	19.6	41.3	45.5	1,751
1-2	37.2	46.8	48.0	56.2	64.7	1,644
3-4	44.5	52.4	53.3	53.6	67.2	1,560
5+	43.1	53.0	50.2	36.8	59.9	508
Место жительства						
Город	43.4	53.1	52.5	64.0	70.7	2,175
Село	25.1	34.3	32.7	38.9	50.9	3,288
Регион						
Западный	39.2	43.1	44.8	47.8	66.2	699
Центральный	27.0	35.4	32.7	39.5	50.7	1,311
Восточно-Центральный	43.4	48.5	47.2	44.1	56.8	1,431
Восточный	19.6	30.8	30.0	50.8	55.3	1,518
Город Ташкент	44.9	70.0	68.4	83.0	85.7	503
Регионы расширенной выборки						
Каракалпакстан	43.9	40.6	43.9	43.8	62.7	387
Ферганская Область	26.9	37.5	41.4	56.6	61.3	632
Национальность						
Узбечка	29.2	39.2	37.8	46.3	56.2	4,669
Русская	71.9	83.3	83.2	90.0	93.1	149
Каракалпачка	47.1	40.7	45.5	47.7	65.5	134
Таджичка	22.0	38.3	31.0	49.8	56.6	157
Казашка	55.2	50.5	54.5	56.9	69.8	140
Татарка	61.1	61.9	69.4	77.7	84.3	75
Другие	57.3	66.4	65.6	68.9	79.5	138
Всего	32.4	41.7	40.6	48.9	58.8	5,463

Треть женщин утверждают, что имеют контроль над средствами для покупки овощей и фруктов для семьи (Рисунок 16.1). Вероятность контроля над средствами для покупки овощей и фруктов резко возрастает с 9 процентов среди женщин в возрасте 15-19 лет до 15 процентов среди женщин 20-24 лет и 32 процентов среди женщин в возрасте 25-29 лет. Однако, это не ранее, чем по достижении возраста конца третьего десятка лет, когда более половины женщин контролируют средства для покупки основных домашних предметов. Контроль над семейными средствами для этой цели также возрастает после того, как у женщины появляются дети. Вероятность контроля выше в городе, чем в сельской местности (43 процента против 25 процентов). По регионам, вероятность контроля ниже в Восточном регионе, а по этническому признаку – среди таджичек и узбечек.

Рисунок 16.1 Процент женщин, контролирующих деньги, необходимые для покупки определенных предметов

Процент

Фрукты и овощи 32
Одежда 42
Лекарства 41
Туалетные принадлежности 49

ИЗНУ 2002

Женщины в Узбекистане в большей степени контролируют средства для покупки личных вещей — одежды, лекарств и туалетных принадлежностей, чем для ежедневных покупок для дома. Пятьдесят девять процентов контролируют средства для покупки одного или более предметов личного потребления. Тем не менее, характер контроля над средствами для покупки предметов личного потребления в зависимости от социально-биографических факторов, аналогичен ситуации с контролем над средствами для покупки овощей и фруктов для домовладения.

16.4 ОТНОШЕНИЕ К ГЕНДЕРНЫМ РОЛЯМ

Важным аспектом положения женщин и наделения их силой является вера в равенство ролей прав полов в обществе и в семье. В рамках ИЗНУ 2002 при помощи серии вопросов относительно роли половой принадлежности (гендерной роли) для мужчин и женщин, исследовалось восприятие женщинами полового неравенства. Первая серия вопросов направлена на выяснение отношения мужчин и женщин к избиению жен. Когда избиение жен мужьями видиться как нечто оправданное, такое отношение указывает на более низкое положение женщин в абсолютном смысле и по отношению к мужчинам. Хотя такое отношение не обязательно означает одобрение факта избиения мужьями своих жен, оно означает принятие мужчинами и женщинами норм, дающим мужчинам право поступать данными образом. Другая серия вопросов исследует тему сексуальных прав жены. Убеждения относительно того, может ли вообше и когда именно, жена вправе отказать мужу в сексуальных отношениях, отражают равенство полов по отношению к сексуальным правам и относительно неприкосновенности личности. Будучи важным индикатором самостоятельности женщин, информация об отношении женщин к сексуальным правам важна для улучшения и мониторинга программ в области репродуктивного здоровья, зависящих от способности женщин контролировать свою сексуальную жизнь.

16.4.1 Отношение к избиению жены

Для сбора информации об отношении мужчин и женщин к избиению жены, в ИЗНУ 2002 респондентов спрашивали, при каких обстоятельствах оправдано избиение мужем своей жены. Среди них были перечислены: подгоревшая еда, спор с мужем, уход из дома без его ведома, плохая забота о детях и отказ от сексуальных отношений. Результаты ответов женщин суммированы в таблице 16.10.1, и ответов мужчин – в таблице 16.10.2.

Таблица 16.10.1 Оношение женщин к избиению жены

Процент женщин, согласных тем, что муж вправе ударить или избить жену по определенным причинам, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Мужчина вправе ударить или избить жену, если она :						
Социально-биологические факторы	Подожгла пищу	Спорит с ним	Уходит без предупреж-дения	Не заботится о детях	Отказывает ему в сексе	Согласны, по крайней мере, с одной из причин	Количество женщин
Возраст							
15-19	23.1	41.5	54.2	52.3	12.6	63.0	1,091
20-24	27.9	50.3	62.8	61.2	17.9	73.4	1,049
25-29	28.0	49.3	65.4	61.0	21.3	73.3	809
30-34	29.0	47.8	61.3	60.1	23.9	70.0	734
35-39	34.2	53.3	65.2	62.8	29.6	71.9	687
40-44	25.2	49.8	64.2	60.2	24.0	71.9	626
45-49	29.2	44.8	56.5	55.5	23.7	62.8	466
Семейное положение							
Никогда не была замужем	23.6	40.8	53.5	53.0	12.1	62.8	1,421
Замужем /живут вместе	29.9	51.9	65.8	62.7	24.6	74.1	3,720
Разведенена/вдова/не живут вместе	20.1	33.3	41.8	40.5	15.4	47.4	322
Количество живых детей							
0	23.9	41.9	54.9	53.5	13.4	63.9	1,751
1-2	25.5	46.8	59.3	57.4	18.9	68.9	1,644
3-4	29.8	51.0	64.9	61.2	26.2	72.4	1,560
5+	41.5	62.7	77.0	74.5	35.8	82.9	508
Место жительства							
Город	16.7	33.1	44.7	42.9	14.7	52.8	2,175
Село	35.0	57.7	72.1	69.4	24.9	80.7	3,288
Регион							
Западный	28.7	59.8	69.3	70.6	25.9	80.3	699
Центральный	46.5	62.2	75.2	74.9	22.5	84.9	1,311
Восточно-Центральный	28.6	50.1	58.7	59.8	30.0	69.9	1,431
Восточный	19.0	42.5	66.4	56.4	15.0	71.7	1,518
Город Ташкент	0.8	4.2	4.6	5.1	1.1	7.4	503
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	29.0	52.9	66.3	62.0	27.5	75.3	387
Ферганская Область	11.2	29.0	56.1	42.6	10.1	62.3	632
Образование							
Начальное / неполное среднее	34.5	57.5	65.9	64.2	27.4	73.5	578
Среднее	31.8	53.0	66.9	64.4	23.1	75.2	3,189
Среднее специальное	20.5	40.0	55.8	52.5	16.9	64.7	1,122
Высшее	12.0	25.7	35.0	35.4	9.3	43.9	574
Трудовая деятельность							
Без работы	30.4	51.3	63.5	60.7	22.0	71.8	3,052
Работает за наличные деньги	22.6	42.2	57.0	55.2	18.1	65.6	2,227
Работает, но не за деньги	44.9	61.6	73.6	72.6	34.5	83.6	181
Кол-во окончательных решений, принимаемых женщиной [1]							
0	34.5	53.7	63.9	63.5	25.5	72.9	1,052
1-3	27.2	51.3	65.3	63.2	22.7	73.1	2,153
4-6	29.3	49.9	65.1	59.7	18.5	74.4	1,180
7-8	20.3	33.2	45.7	44.5	15.1	54.1	1,078
Национальность							
Узбечка	29.6	51.0	64.7	62.6	21.6	73.6	4,669
Русская	0.0	2.6	5.4	6.4	0.0	8.6	149
Каракалпачка	28.5	51.1	60.6	51.4	29.2	66.3	134
Таджичка	30.1	46.4	63.7	61.0	23.4	68.5	157
Казашка	22.2	45.3	54.1	45.6	24.2	61.4	140
Татарка	1.6	3.9	13.7	12.5	3.1	19.9	75
Другое	10.4	18.3	32.1	33.2	11.9	39.3	138
Всего	27.7	47.9	61.2	58.8	20.8	69.6	5,463

Примечание : “Всего” включает 3 случая с пропущенной информацией относительно трудовой деятельности.

[1] Самостоятельно или совместно с другими.

По крайней мере, с одной из указанных причин, оправдывающих избиение мужем жены, согласны 70 процентов женщин (см. таблицу 16.10.1). Женщины более склонны соглашаться со следующими причинами: жена уходит из дома, не предупредив мужа (61 процент), не заботиться о детях (59 процентов) или спорит с мужем (48 процентов). Женщины менее склонны соглашаться с тем, что избиение оправдано, если жена подожгла пищу или отказала мужу в сексуальных отношениях (28 и 21 процент, соответственно).

Таблица 16.10.2 Отношение мужчин к избиению жены

Процент мужчин, согласных тем, что муж вправе ударить или избить жену по определенным причинам, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Муж вправе ударить или избить жену, если она: Подожгла пищу	Спорит с ним	Уходит без предупреждения	Не заботится о детях	Отказывает ему в сексе	Согласны, по крайней мере, с одной из причин	Количество мужчин
Возраст							
15-19	7.9	38.3	45.3	38.4	8.2	62.8	380
20-24	9.9	42.9	53.0	43.5	14.9	66.2	388
25-29	7.1	41.2	48.9	40.2	9.4	64.3	399
30-34	7.9	26.8	44.0	36.9	7.4	54.5	293
35-39	8.6	39.7	47.8	41.9	10.2	60.1	256
40-44	8.4	35.6	39.8	37.6	10.5	57.3	227
45-49	8.0	27.7	49.3	33.8	8.6	53.5	196
50-54	0.8	19.2	31.7	26.6	6.4	43.8	140
54-59	11.6	22.2	42.0	28.1	5.5	44.4	54
Семейное положение							
Никогда не был женат	8.1	40.1	47.6	38.8	10.7	63.9	692
Женат /живут вместе	7.6	33.7	45.3	37.9	9.3	57.4	1,600
Разведенен/вдовец/не живут вместе	14.5	35.1	59.0	49.5	11.2	61.2	40
Место жительства							
Город	5.3	31.8	37.1	32.0	6.7	50.1	916
Село	9.6	38.0	52.1	42.4	11.7	65.4	1,417
Регион							
Западный	14.5	47.8	55.0	51.2	19.7	67.3	314
Центральный	10.0	34.9	49.1	48.5	12.9	60.6	510
Восточно-Центральный	7.7	39.1	43.4	39.5	7.7	62.2	646
Восточный	4.1	30.1	45.4	25.9	4.6	56.7	665
Город Ташкент	4.8	25.1	36.8	29.4	9.4	43.5	198
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	9.9	46.2	48.1	45.1	8.0	58.7	185
Ферганская Область	1.7	20.9	22.1	9.7	4.7	35.1	259
Образование							
Начальное и неполное среднее	7.4	34.2	49.0	35.7	7.7	61.3	188
Среднее	9.2	38.4	49.4	41.2	11.4	63.0	1,311
Среднее специальное	7.5	32.6	48.4	38.9	9.2	60.3	470
Высшее	3.9	30.0	30.5	28.8	5.3	44.2	364
Национальность							
Узбек	8.3	36.6	48.3	39.7	10.3	61.7	2,011
Русский	3.4	10.8	20.2	18.7	5.1	27.6	48
Каракалпак	14.1	46.6	49.7	44.1	13.7	58.1	67
Таджик	(5.3)	(44.7)	(44.5)	(28.7)	(5.3)	(65.6)	60
Казах	2.9	31.9	39.6	42.3	6.0	56.1	65
Татарин	(0.6)	(4.3)	(4.0)	(10.6)	(1.2)	(13.4)	48
Другое	0.0	24.0	30.2	23.3	1.3	33.7	33
Всего	7.9	35.6	46.2	38.3	9.7	59.4	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Семьдесят-четыре процента замужних женщин согласны, по крайней мере, с одной причиной, оправдывающей избиение мужем жены; это более высокий показатель, чем таковой у никогда не бывших замужем или когда-либо бывших замужем женщин (63 процента и 47 процентов, соответственно). Уровень согласия также возрастает с количеством живых детей, с 64 процентов среди не имеющих детей женщин, до 83 процентов среди женщин, имеющих 5 или более детей. Половина проживающих в городе женщин (53 процента) согласны, по крайней мере, с одной причиной, по сравнению с 81 процентом женщин, проживающих в сельской местности. Вероятность оправдания снижается пропорционально с уровнем образования; и тем не менее, по крайней мере с одной причиной, согласны 44 процента женщин с высшим образованием. Женщины, которые участвуют в принятии всех или почти всех семейных решений, менее склонны оправдывать избиение мужем жены по любой указанной причине, чем женщины, обладающие меньшим правом принятия решений (54 процента по сравнению с 73-74 процентами, соответственно). Приблизительно три-четверти (74 процента) этнических узбечек согласны, по крайней мере, с одной причиной; этот показатель выше, чем в любой другой этнической группе. Несмотря на это, в этих данных наиболее показательна не разница, связанная с социально-биологическими факторами, но широкое распространение такого рода взглядов независимо от большинства социально- биологическими факторов.

Мужчинам также задавали вопросы об их мнении относительно оправдания избиения жены мужем при аналогичных обстоятельствах. Как видно из таблицы 16.10.2, мужчины значительно менее женщин склонны согласиться с оправданием каждой причины избиения жены. Мужчины почти в два раза реже женщин соглашались с тем, что такие причины, как подгоревшая пища (8 процента мужчин против 28 процентов женщин) и отказ мужу в сексуальных отношениях (10 процентов мужчин против 21 процента женщин) оправдывают избиение жены мужем. Приблизительно 4 из 10 мужчин видят такие причины, как спор с мужем, уход из дома без предупреждения или плохая забота о детях, оправдывающими избиение жены мужем. Также, в целом, мужчины значительно менее женщин склонны соглашаться с одной или более из приведенных причин (59 процента по сравнению с 70 процентами). Далее, в отличие от замужних женщин, женатые мужчины несколько менее склонны, чем неженатые, соглашаться с одной или более причин. Уровень оправдания более низок среди мужчин, чем среди женщин, во всех регионах, за исключением Ташкента. Только 7 процентов женщин в Ташкенте согласны с одной или более причин, по сравнению с 44 процентами мужчин. Русские мужчины в гораздо большей степени, чем русские женщины (28 процента мужчин по сравнению с 9 процентами женщин) склонны соглашаться любой причиной избиения жены. Удивительно, что хотя менее образованные мужчины менее склонны соглашаться с избиением жены по любой причине, чем женщины с аналогичным образованием, почти идентичное соотношение существует среди мужчин и женщин с высшим образованием (44 процента в каждой группе) согласны хотя бы с одной из причин.

16.4.2 Отношение к отказу в сексуальных отношениях

Степень контроля женщин над тем, с кем и когда иметь сексуальные отношения, имеет важные последствия для демографии и здоровья. ИЗНУ 2002 включал вопрос, вправе ли жена отказать мужу в сексуальных отношениях при следующих четырех обстоятельствах: если она знает, что ее муж болен заболеванием, передающимся половым путем; если она знает, что ее муж имеет сексуальные отношения с другими женщинами; если она недавно родила, или если она устала или не в настроении. Эти четыре обстоятельства были выбраны потому, что в них эффективно совмещаются вопросы прав и здоровья женщин.

Таблица 16.11.1 демонстрирует, какой процент женщин оправдывает отказ жены от сексуальных отношений с мужем по различным причинам, в зависимости от социально-биологических факторов. Таблица также показывает, каким образом мнения женщин на эту тему варьируют в соответствии с двумя другими показателями наделения женщин силой, а именно - участие в принятии решений и отношение к избиению жены.

В целом, примерно три-четверти женщин (72 процента) в Узбекистане согласны с тем, что женщина вправе отказаться от сексуальных отношений с мужем по всем четырем указанным причинам. В частности, 86 процентов указали, что женщина вправе отказать мужу в сексуальных отношениях если ей известно, что у него обнаружено заболевание, передающееся половым путем, и такой же процент респондентов убежден в праве женщины отказаться от сексуальных отношений, если ей известно, что муж имеет сексуальные отношения с другими женщинами, или если женщина недавно родила. Женщины были немного менее склонны соглашаться с тем, что женщина вправе отказаться от сексуальных отношений с мужем, если она устала или не в настроении (78 процентов).

Таблица 16.11.1 Отношение женщин к отказу мужу в сексуальных отношениях

Процент женщин, которые оправдывают отказ жены от сексуальных отношений с мужем по различным причинам, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Жена вправе отказать мужу в сексе, если она: Знает, что у мужа болезнь, переда-ющаяся поло-вым путем	Знает, что муж имеет секс отноше-ния с другими женщинами	Недавно родила	Устала или не в настроении	Согласны со всеми причинами	Согласны, по крайней мере, с одной причиной	Количество женщин
Возраст							
15-19	59.1	60.5	56.2	50.9	41.7	29.5	1,091
20-24	86.4	84.4	85.8	76.2	70.1	8.1	1,049
25-29	95.4	91.0	93.6	84.8	79.2	1.4	809
30-34	94.5	90.5	94.3	86.9	81.3	2.5	734
35-39	94.9	92.0	95.5	88.5	83.0	1.2	687
40-44	94.4	93.2	95.3	89.9	84.3	1.8	626
45-49	94.6	91.4	95.5	86.8	82.1	1.8	466
Семейное положение							
Никогда не была замужем	61.5	63.3	58.7	53.5	45.0	27.9	1,421
Замужем /живут вместе	94.6	91.2	94.6	86.1	80.4	1.6	3,720
Разведенена/вдова/не живут вместе	95.6	92.1	95.3	90.8	86.8	3.1	322
Количество детей							
0	67.1	67.6	64.4	59.0	50.6	23.5	1,751
1-2	95.5	92.0	95.2	86.5	81.7	1.3	1,644
3-4	94.9	91.3	94.9	86.9	81.1	1.6	1,560
5+	93.7	92.0	96.0	87.5	81.5	1.5	508
Место жительства							
Город	88.9	85.6	87.6	81.1	76.8	7.9	2,175
Село	84.2	82.9	83.8	75.7	68.1	8.9	3,288
Регион							
Западный	87.0	84.3	81.5	76.8	70.1	8.7	699
Центральный	84.6	88.4	84.5	81.5	71.0	6.3	1,311
Восточно-Центральный	88.9	81.1	88.4	74.8	68.9	6.6	1,431
Восточный	83.2	81.6	83.8	75.4	70.9	11.7	1,518
Город Ташкент	89.3	87.4	88.7	86.0	84.6	9.7	503
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	85.7	82.7	82.8	78.5	71.7	9.4	387
Ферганская Область	86.1	78.5	84.0	68.6	64.0	9.6	632
Образование							
Начальное и неполное среднее	71.8	72.2	75.3	66.7	57.7	18.2	578
Среднее	85.3	83.2	84.0	77.0	69.6	8.8	3,189
Среднее специальное	90.0	88.0	89.1	81.9	77.8	6.0	1,122
Высшее	96.9	92.6	95.1	86.3	83.9	2.3	574
Трудовая деятельность							
Без работы	81.0	79.9	80.4	72.7	65.0	11.8	3,052
Работает за наличные деньги	92.8	89.8	92.2	85.3	80.8	4.0	2,227
Работает, но не за деньги	88.4	83.0	84.9	75.4	69.4	7.3	181
Кол-во окончательных решений, принимаемых женщиной							
0	68.5	64.3	69.1	57.9	50.0	21.5	1,052
1-3	87.6	86.5	87.1	78.9	71.5	6.3	2,153
4-6	94.0	92.9	93.6	88.6	83.2	2.7	1,180
7-8	91.4	88.4	88.6	83.6	80.0	6.7	1,078
Количество причин оправдания избиения жен							
0	84.5	83.0	82.3	79.8	76.6	12.7	1,661
1-2	87.4	83.9	86.1	75.3	69.7	8.2	1,310
3-4	85.9	84.4	85.7	77.2	68.6	6.4	1,733
5	87.5	85.3	89.8	79.7	70.4	4.8	758
Национальность							
Узбечка	85.6	83.7	85.2	77.2	70.7	8.7	4,669
Русская	96.2	95.4	97.1	93.0	91.7	2.9	149
Каракалпачка	83.1	80.1	82.4	76.5	70.7	11.8	134
Таджичка	80.6	75.6	81.8	74.1	67.0	12.1	157
Казашка	87.7	85.3	81.9	77.7	71.6	8.3	140
Татарка	94.2	93.0	87.3	85.7	84.2	3.4	75
Другое	94.1	88.2	87.9	85.9	78.2	5.1	138
Всего	86.1	84.0	85.3	77.9	71.6	8.5	5,463

Примечание: “Всего” включает 3 случая с пропущенной информацией относительно трудовой деятельности.
[1]Самостоятельно или совместно с другими.

Доля респондентов, оправдывающих все причины, значительно возрастает в соответствии с уровнем образования, с 58 процентов женщин, имеющих образование ниже среднего, до 84 процентов среди женщин с высшим образованием. Также существует прямая связь между статусом женщины в семье и ее отношением к отказу жены в сексуальных отношениях с мужем. Например, 50 процентов женщин, не имеющих права голоса в принятии семейных решений, согласны со всеми вышеуказанными причинами отказа в сексе, по сравнению с 72 процентами женщин, имеющих право голоса по ряду решений, и 80 процентами и выше среди женщин, имеющих право решающего голоса при принятии большинства решений. Женщины, не согласные с избиениями жены по любым причинам, также несколько чаще соглашались со всеми четырьмя причинами, чем женщины, оправдывающие избиение жены хотя бы по одной причине.

Только 9 процентов женщин не согласны ни с одной причиной отказа жены от секса с мужем. Молодые женщины более склонны не соглашаться ни с одной из причин; 30 процентов женщин в возрасте 15-19 лет не чувствовали, что женщина вправе отказаться от секса с мужем в любых из указанных обстоятельств. Никогда не бывавшие замужем и не имеющие детей женщины, также более склонны, чем большинство остальных женщин, не соглашаться с приведенными причинами, оправдывающими отказ жены от секса с мужем. Русские женщины (92 процента) чаще всего соглашаются со всеми причинами, тогда как таджички – менее всего согласны с ними (67 процентов).

Таблица 16.11.2 показывает долю мужчин, утверждающих, что женщины вправе отказать мужу в сексе, в зависимости от социально- биологических характеристик. Мужчины более женщин склонны соглашаться с тремя указанными причинами: женщины знает, что у ее мужа болезнь, передающаяся половым путем (97 процентов мужчин против 86 процентов среди женщин), женщина знает у мужа имеются сексуальные отношения с другими женщинами (90 процентов мужчин против 84 процентов среди женщин), и если женщина недавно родила (92 процента мужчин против 85 процентов среди женщин, соответственно). Тем не менее, мужчины несколько реже женщин оправдывают отказ жены в сексе мужу из-за усталости или плохого настроения (74 процента мужчин против 78 процентов женщин). В целом, мужчины несколько менее женщин склонны соглашаться со всеми четырьмя причинами отказа мужу в сексуальных отношениях.

Аналогично женщинам, отношение мужчин к праву жены отказаться от секса с мужем различаетсяся в соответствии с уровнем образования. В то время, как только 63 процента мужчин с образованием ниже среднего согласны со всеми приведенными причинами, эта цифра неуклонно возрастает с уровнем образования, до 78 процентов у мужчин с высшим образованием. Мужчины имеющие образование ниже среднего, реже соглашаются с любой причиной отказа в сексе: 4 процента этих наименее образованных мужчин утверждают, что не согласны ни с одной из причин, по сравнению с показателем в только в один процент среди всех мужчин по всей стране. Уровень согласия со всеми четырьмя причинами увеличивается с возрастом и намного выше среди женатых, чем среди холостых мужчин.

Таблица 16.11.2 Отношение мужчин к отказу жены в сексуальных отношениях с мужем

Процент мужчин, которые оправдывают отказ жены от сексуальных отношений с мужем по различным причинам, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

Социально-биологические факторы	Жена вправе отказать мужу в сексе, если она : Знает, что у мужа болезнь, передающаяся половым путем	Знает, что муж имеет секс отношения с другими женщинами	Недавно родила	Устала или не в настроении	Согласны со всеми причинами	Согласны, по крайней мере, с одной причиной	Количество мужчин
Возраст							
15-19	92.1	83.8	83.3	56.3	51.9	3.6	380
20-24	98.0	89.4	87.1	69.2	64.0	1.3	388
25-29	97.2	90.8	93.3	71.9	67.5	0.6	399
30-34	97.3	91.1	95.6	76.5	72.4	1.3	293
35-39	99.5	93.1	95.4	80.4	77.3	0.3	256
40-44	98.8	93.2	98.6	82.3	79.1	0.3	227
45-49	97.0	91.8	94.5	80.2	76.6	2.2	196
50-54	98.6	95.5	95.3	90.0	87.2	0.1	140
54-59	98.3	95.6	97.7	93.6	89.7	0.0	54
Семейное положение							
Никогда не был женат	93.7	85.8	82.5	60.1	54.9	2.8	692
Женат /живут вместе	98.4	92.5	96.2	79.7	76.0	0.7	1,600
Разведенен/вдовец/не живут вместе	98.7	87.5	90.6	72.0	71.0	1.3	40
Место жительства							
Город	96.1	90.5	92.3	76.9	74.0	2.0	916
Село	97.6	90.4	91.8	71.7	66.8	0.9	1,417
Регион							
Западный	97.6	86.8	95.6	77.0	70.4	0.4	314
Центральный	99.3	94.4	99.3	86.3	83.6	0.0	510
Восточно-Центральный	96.0	84.5	83.1	67.0	60.1	2.1	646
Восточный	97.6	96.8	95.9	67.2	66.3	0.5	665
Город Ташкент	91.4	84.0	83.5	79.9	75.2	6.4	198
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	96.0	90.7	98.1	90.4	84.8	0.7	185
Ферганская Область	98.4	94.5	97.1	40.0	38.4	0.7	259
Образование							
Начальное и неполное среднее	92.0	90.3	84.9	69.5	63.4	4.4	188
Среднее	96.8	89.0	92.0	71.2	66.4	1.2	1,311
Среднее специальное	98.6	92.6	93.4	76.0	74.5	0.8	470
Высшее	98.3	92.9	93.8	82.2	78.3	0.8	364
Национальность							
Узбек	97.3	90.7	92.3	72.5	68.7	1.1	2,011
Русский	93.2	87.6	84.7	74.4	72.9	5.9	48
Каракалпак	99.1	93.7	100.0	93.6	89.7	0.0	67
Таджик	(96.2)	(90.6)	(85.8)	(64.6)	(64.6)	(2.5)	60
Казах	94.3	89.0	92.9	92.0	79.7	0.7	65
Татарин	(97.0)	(83.2)	(92.9)	(77.5)	(67.7)	(3.0)	48
Другие	84.9	86.2	78.2	79.9	74.5	10.9	33
Всего	97.0	90.4	92.0	73.7	69.7	1.3	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

Помимо вопросов для женщин относительно прав жены отказать мужу в сексе, мужчинам также задавали вопросы о действиях, которые муж вправе предпринять в случае отказа жены от сексуальных отношений с ним. В частности, мужчин спрашивали, имеет ли право муж рассердиться и укорять ее, не давать ей деньги и не оказывать никакой финансовой поддержки, насильно заставить ее заниматься сексом, или вступить в сексуальные отношения с кем-либо другим. Таблица 16.12 отражает процент мужчин, утверждающих, что муж вправе предпринимать определенные действия при отказе жены вступить с ним в сексуальные отношения, когда он этого желает.

Таблица 16.12 Взгляды мужчин на то, какие действия предпринять при отказе жены от секса с мужем

Процент мужчин, утверждающих, что муж вправе предпринимать определенные действия при отказе жены вступить с ним в сексуальные отношения, в зависимости от социально-биологических факторов, Узбекистан 2002

	Если жена отказывает мужу в сексе, мужчина вправе :						
Социально-биологические факторы	Рассердиться и укорять жену	Не давать деньги/ отказать в финансовой поддержке	Насильно заставить жену заниматься сеском	Заняться сексом с другой женщиной	Согласны со всеми действиями	Не согласны ни с одним из действий	Количество мужчин
Возраст							
15-19	15.9	7.0	4.8	9.3	1.8	76.3	380
20-24	17.0	8.1	4.3	10.9	1.1	75.5	388
25-29	11.5	7.1	7.5	9.6	2.3	80.9	399
30-34	11.3	8.6	4.2	8.1	0.8	79.6	293
35-39	10.6	7.0	2.7	9.7	0.7	80.5	256
40-44	13.9	7.4	2.1	7.1	1.3	81.8	227
45-49	12.7	6.7	2.4	9.7	0.6	80.9	196
50-54	8.5	4.2	1.1	4.9	0.0	87.2	140
54-59	1.4	7.9	2.7	5.3	0.0	87.6	54
Семейное положение							
Никогда не был женат	16.2	8.1	5.2	10.0	1.9	76.5	692
Женат /живут вместе	11.3	6.8	3.7	8.0	0.9	81.5	1,600
Разведенен/вдовец/не живут вместе	20.5	12.8	5.3	32.0	1.4	61.6	40
Место жительства							
Город	12.3	8.3	3.7	11.2	1.6	79.6	916
Село	13.4	6.6	4.4	7.6	1.0	79.7	1,417
Регион							
Западный	23.9	14.1	10.9	18.0	3.2	65.9	314
Центральный	19.1	6.7	1.9	4.2	0.3	76.9	510
Восточно-Центральный	10.2	3.0	2.6	7.5	0.6	84.2	646
Восточный	4.4	9.0	2.9	8.0	0.8	84.7	665
Город Ташкент	17.3	6.0	8.6	15.0	4.1	76.7	198
Регионы расширенной выборки							
Каракалпакстан	11.8	6.8	5.2	9.2	1.5	81.6	185
Ферганская Область	2.3	15.4	1.9	12.9	0.3	76.2	259
Образование							
Начальное и неполное среднее	8.8	3.7	2.6	3.1	0.6	87.2	188
Среднее	12.8	8.9	5.3	9.6	1.5	79.0	1,311
Среднее специальное	15.7	5.5	3.3	11.3	0.9	75.1	470
Высшее	12.0	5.7	1.9	6.6	1.0	84.1	364
Национальность							
Узбек	12.7	7.6	3.9	8.2	1.2	80.1	2,011
Русский	26.8	6.4	9.8	22.5	4.6	67.1	48
Каракалпак	10.9	8.3	5.4	7.4	1.6	82.4	67
Таджик	(5.3)	(0.0)	(10.7)	(8.5)	(0.0)	(83.8)	60
Казах	18.5	5.6	2.6	9.1	0.0	76.1	65
Татарин	(11.8)	(3.5)	(2.5)	(24.6)	(1.0)	(71.0)	48
Другие	16.5	9.7	0.0	14.5	0.0	78.6	33
Всего	12.9	7.3	4.2	9.0	1.2	79.7	2,333

Примечание: Цифры в скобках основаны на 25-49 невзвешенных случаях.

В целом, 80 процентов мужчин не согласны ни с какими из перечисленных действий. В отношении специфичных действий, мужчины более склонны соглашаться с тем, что муж вправе рассердиться и укорять жену (13 процентов). Менее 1 из каждых 10 мужчин уверены, что муж вправе вступить в сексуальные отношения с другой женщиной (9 процентов), не давать жене деньги и не оказывать финансовой поддержки (7 процентов) или насильно принудить жену к сексу (4 процента). Только 1 процент мужчин согласен со всеми указанными действиями. Уровень несогласия с любыми перечисленными действиями возрастает с возрастом с 76 процентов среди мужчин 24 и менее лет, до 88 процентов среди мужчин в возрасте 54-59 лет. Уровень несогласия с любыми перечисленными действиями незначительно различаетсяся в зависимости от уровня образования, хотя наименее образованные мужчины более склонны не соглашаться ни с одним из перечисленных действий.

ЛИТЕРАТУРА

Anderson, B.A. and B.D. Silver. 1986. Infant mortality in the Soviet Union: Regional differences and measurement issues. *Population and Development Review* 12(4): 705-738.

Anderson, B.A. and B.D. Silver. 1997. Issues of data quality in assessing mortality trends and levels in the New Independent States. In: *Premature death in the New Independent States*, edited by F. Mitchell. Washington, D.C.: National Academy Press. 120-155.

Arneil, G. 1997. Statement and recommendations for the prevention of micronutrient deficiencies of importance for children. *International Pediatric Association Journal* (INCH) Vol. 9, No. 1. Presented at IPA/WHO/UNICEF Pre-Congress Workshop: The Girl Child and Micronutrient Deficiencies.

Axmann, A. 1998. Eastern Europe and community of independent states. *International Migration* 36(4): 587-607.

Brown, K.H., R.Y. Stallings, H.C. de Kanashiro, G. Lopez de Romana, and R.E. Black. 1990. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *American Journal of Clinical Nutrition* 52(6): 1005-1013.

Brozek, J. and B. Schurch. 1984. *Malnutrition and behavior: Critical assessment of key issues*. Nestle Foundation Publication Series Vol. 4. Lausanne, Switzerland: Nestle Foundation.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1993. Estimates of future global tuberculosis morbidity and mortality. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42(49): 961-964.

Cohen R.J., K.H. Brown, J. Canahuait, L.L. Rivera, and K.G. Dewey. 1994. Effect of age of introduction of complementary foods on infant breastmilk intake, total energy intake, and growth: A randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 334(8918): 288-293.

DeMaeyer, E.M., P. Dallman, J.M. Gurney, L. Hallberg et al. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care: A guide for health administrators and programme managers.* Geneva: World Health Organization.

Doll, R., R. Peto, K. Wheatley, R. Gray, and I. Sutherland. 1994. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 309(6959): 901-911.

European Centre on Health of Societies in Transition (ECOHOST). 1998. *Childhood injuries: A priority area for the transition countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States. Final Report.* London: European Centre on Health of Societies in Transition.

George, A.M. 1999. *Lead poisoning, prevention and treatment: Implementing a national program in developing countries.* Bangalore, India: The George Foundation.

Gerasimov, G. 2002. IDD in Eastern Europe and Central Asia. *IDD Newsletter* 18(3): 33-37.

Gu, D., K. Reynolds, X. We, J. Chen, X. Duan, P. Muntner, G. Huang, R.F. Reynolds, S. Su, P.K. Whelton, and J. He. InterASIA Collaborative groups. 2002. The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in ASIA: Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China. *Hypertension* 40(6): 920-7.

Habicht, J.-P., R. Martorell, C. Yarbrough, R.M. Malina, and R.E. Klein. 1974. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential? *Lancet* 1(858): 611-614.

Huffman, S.L. and C. Combest. 1990. Role of breast-feeding in the prevention and treatment of diarrhoea. Journal of Diarrhoeal Disease Research 8(3): 68-81.

Institute of Obstetrics and Gynecology (IOG) [Uzbekistan] and Macro International Inc. 1997. *Uzbekistan Demographic and Health Survey, 1996.* Calverton, Maryland: Institute of Obstetrics and Gynecology] and Macro International Inc.

Institute of Medicine (IOM), Committee to Study the Prevention of Low Birthweight. 1985. *Preventing low birthweight*. Washington, D.C.: National Academy Press.

International Vitamin A Consultative Group (IVACG). 1998. Vitamin A and iron interactions. IVACG statement, June 1998.

Ilkhamov, F.A. and E. Jakubowski. 2001. *Health care systems in transition: Uzbekistan 2001*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Care Systems.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2002. *Fact sheet 2002. Eastern Europe and Central Asia.* Geneva: UNAIDS

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization (UNAIDS/WHO). 2002. *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: 2002 update: Uzbekistan.* Geneva: UNAIDS/WHO.

Kaul, B., J.O. Rasmuson, R.L. Olsen, C.R. Chanda, T.I. Slazhneva, and E.I. Granovsky. 2000. Blood lead and erythrocyte protoporphyrin levels in Kazakhstan. *Indian Journal of Pediatrics* 67(2): 87-91.

Kingkade, W.W. and C.C. Sawyer. 2001. *Infant mortality in Eastern Europe and the former Soviet Union before and after the breakup*. Paper presented at the 2001 Meetings of the International Union for the Scientific Study of Population, Salvador de Bahia, Brazil, August 19-24, 2001.

Ksenofontova, N. 1994. Trends in infant mortality in the USSR. In *Demographic trends and patterns in the Soviet Union before 1991,* edited by W. Lutz, S. Scherbov, and A. Volkov. Laxenburg, Austria: International Institute for Applied Systems Research.

Leous, P. 1996. *Oral health situation analysis – Uzbekistan. Assignment report.* Geneva: World Health Organization.

Lozoff B., E. Jiminez, and A.W. Wolf. 1991. Long-term development outcome of infants with iron deficiency. *New England Journal of Medicine* 325(10): 687-694.

Makhmudov, B.Kh., T.M. Karimov, F.R. Kadyrova, M.S. Adilova, Mirakhmedova, A.Sh. Kasymkhodzhaev. 1990. Results of 5-year multifactorial primary and secondary prevention of coronary heart disease in Tashkent. *Terapevtichesky Arkhiv*. 62(12): 34-7. (Russian).

Ministry of Health (MOH) [Uzbekistan]. 1993. *Prikaz No.518 (October 23,1993): Procedures for immunoprofylaxis of infectious diseases in the Republic of Uzbekistan.* Tashkent, Uzbekistan: Ministry of Health.

Ministry of Health (MOH) [Uzbekistan]. 1996. *Prikaz No.721 (October 29,1996): Rules and procedures for pregnancy termination.* Tashkent, Uzbekistan: Ministry of Health.

Morse, C. 1994. *The prevalence and causes of anemia in Muynak District of Karakalpakstan*. Report for the IMPACT Project. Washington, D.C.: United States Agency for Inernational Development.

National Center for Health Statistics (NCHS). 2002. *Health, United States, 2002. With chartbook on trends in the health of Americans.* Hyattsville, Maryland: NCHS.

National Institutes of Health (NIH). 2002. *Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III): Final report.* NIH Publication No. 02-5215. Washington, D.C.: National Institutes of Health, National Cholesterol Education Program.

Pakistan Medical Research Council (PMRC). 1998. *National Health Survey of Pakistan 1990-1994.* Islamabad, Pakistan: Pakistan Medical Research Council.

Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, Jr., and J.-P. Habicht. 1993. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *American Journal of Public Health* 83(8): 1130-1133.

Peto, R., A.D. Lopez., J. Boreham, M. Thun, and C. Heath. 1994. *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000: Indirect estimates from national vital statistics*. Oxford: Oxford University Press.

Population, Health, and Nutrition Information (PHNI) Project. 2003. *USAID country health statistical report: Uzbekistan*. Washington, D.C.: PHNI Project.

Ruzibakiev, R., H. Kato, R. Ueda, N. Yuldasheva, T. Hegay, D. Avazova, F. Kurbanov, M. Zalalieva, L. Tuichiev, B. Achundjanov, and M. Mizokami. 2001. Risk factors and seroprevalence of hepatatis B virus, hepatatis C virus, and human immunodeficiency virus infection in Uzbekistan. *Intervirology* 44: 327-332.

Scrimshaw, N.S., C.E. Taylor, and J.E. Gordon. 1968. *Interactions of nutrition and infection*. Geneva: World Health Organization.

Scrimshaw, N.S. 1984. Functional consequences of iron deficiency in human populations. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology* 30(1): 47-63.

Sommer, A. and F.R. Davidson. 2002. Assessment and control of vitamin A deficiency: The Annecy Accords. *Journal of Nutrition* 132 (9 Suppl): 2845S-2850S.

State Department of Statistics [Uzbekistan]. 2002. *Uzbekistan in numbers, 2001.* Tashkent, Uzbekistan: State Department of Statistics.

Sullivan, J.M. and H. Goldberg. 2003. Fertility. In *Reproductive maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia: A comparative report*. Atlanta, Georgia and Calverton, Maryland, USA: Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro. 21-34.

Sullivan, J.M. and A. Themme. 2003. Infant and child mortality. In *Reproductive maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia: A comparative report*. Atlanta, Georgia and Calverton, Maryland, USA: Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro. 165-181.

United Nations. 1961. *1961 demographic yearbook*. New York: United Nations.

United Nations. 1975. *1974 demographic yearbook.* New York: United Nations.

United Nations. 1982. *Non-sampling errors in household surveys: Sources, assessment and control.* National Household Survey Capability Programme. New York: United Nations.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. New York: UNICEF.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 1999. *Prevention and control of iron deficiency anaemia in women and children*. Report of the UNICEF/WHO Regional Consultation.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2001. *Multiple Indicator Cluster Survey, Republic of Uzbekistan, 2000.* New York: UNICEF. Available at www.unicef.org/statistics.

United Nations Committee on the Rights of the Child (UNCRC). 2001. Committee on the Rights of the Child concludes consideration of initial report of Uzbekistan. Press release October 9, 2001.

United Nations Integrated Regional Information Networks (UNIRIN). 2003. Uzbekistan: HIV/AIDS on the rise, experts say. Press release June 23, 2003.

Vanderpump, M.P., W.M. Tunbridge, J.M. French, D. Appleton, D. Bates, F. Clark, J. Grimley Evans, D.M. Hasan, H. Rodgers, F. Tunbridge et al. 1995. The incidence of thyroid disorders in the community: A twenty-year follow-up of the Whickham Survey. *Clinical Endocrinology* (Oxf) 43(1): 55-68.

Velkoff, V.A., and J.E. Miller, 1995. Trends and differentials in infant mortality in the Soviet Union, 1970–90: How much is due to misreporting. *Population Studies* (Camb) 49(2): 241-258.

Victora, C.G., J.P. Vaughan, C. Lombardi, S.M. Fuchs, et al. 1987. Evidence for protection of breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 2(8554): 319-322.

Villar, J. and J. Rivera. 1988. Nutritional supplementation during two consecutive pregnancies and the interim lactation period: Effect on birth weight. *Pediatrics* 81(1): 51-57.

Westat Inc. 1993. *Pulse and blood pressure procedures for household interviews.* National Health and Nutritional Examination Survey III, Cycle 2. Rockville, Maryland, USA: Westat Inc.

Westoff, C.F., A.T. Sharmanov, J.M. Sullivan, and T. Croft. 1998. *Replacement of abortion by contraception in three Central Asian Republics.* Calverton, Maryland, USA: The Policy Project and Macro International Inc.

Westoff, C.F., J.M. Sullivan, H.A. Newby, and A.R. Themme. 2002. *Contraception-abortion connections in Armenia.* DHS Analytical Studies No. 6. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.

World Bank. 1998. Danish Environmental Protection Agency (Denmark), and The United Nations-Economic Commission for Europe Task Force on Phase Out Leaded Petrol in Europe. National Commitment Building Program to Phase Out Lead from Gasoline in Azerbaijan, Kazakhstan, and Uzbekistan. Fourth Ministerial Conference, Environment for Europe. Arhus, Denmark, June 1998.

World Health Organization (WHO) Working Group. 1986. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin of the World Health Organization* 64(6): 929-941.

World Health Organization (WHO). 1993. *International classification of diseases and related health problems.* Tenth revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 1994. *Indicators for assessing vitamin A status and their application in monitoring and evaluating intervention programmes.* Report of a joint WHO/UNICEF consultation. Geneva: World Health Organization. Rev. version, WHO/NUT/941.

World Health Organization (WHO). 1995. *World Health Organization Expert Committee. Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. (WHO Technical Report Series No. 854) Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 1998. *Report of a World Health Organization consultation on obesity. Obesity, prevention and managing the global epidemic*. Rep WHO/NUT/NCD/98.1.

World Health Organization (WHO). 1999a. *Highlights on health in Uzbekistan.* Copenhagen, Denmark World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO). 1999b. International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension, *Journal of Hypertension* 17(2): 151-183.

World Health Organization (WHO). 1999c. *What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS.* Rep WHO/CDS/CPC/TB/99.270.

World Health Organization (WHO). 2000. *Bronchial asthma.* Fact sheet No. 206. Available: http://www.who.int/inf-fs/en/fact206.html.

World Health Organization (WHO). 2001a. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: Overview and estimates.* Geneva: World Health Organization. Rep WHO/HIV_AIDS/2001.02.

World Health Organization (WHO). 2001b. World Health Assembly endorses WHO'S strategic priorities. Press release WHA 54/6. May 2001.

World Health Organization (WHO). 2003a. *Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing*. Rep WHO/CDS/TB/2003.316.

World Health Organization (WHO). 2003b. Health for All Database. Available: http://hfadb.who.dk/HFA.

World Health Organization (WHO). 2003c. Mortality database Table 1: Uzbekistan 1998. Available: http://www3.who.int/whosis/mort/table1_process.cfm.

World Health Organization (WHO). 2003d. Tobacco control database. Available: http://data.euro.who.int/Default.aspx?TabID=2444.

World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/EURO). 1999. *Highlights on health in Uzbekistan.* Copenhagen, Denmark: WHO/EURO Health Information Unit.

World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/EURO). 2000. *Complementary feeding and the control of iron deficiency anaemia in the newly independent states*. Rep EUR/ICP/LVNG 01 01 07.

World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/EURO). 2002. *HIV/AIDS – the extent of the invisible epidemic.* Fact sheet 09/02. Copenhagen, Denmark: WHO/EURO.

World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO/EURO). 2003. Health for All Database. Copenhagen, Denmark. Available: http://www.euro.who.int/hfadb.

World Health Organization Regional Office for South-East Asia (WHO/SEARO). 2003. *HIV/AIDS in Asia and the Pacific Region.* Annex 1. Available: http://w3.whosea.org/hivaids/asia2_16.htm.

ДИЗАЙН ВЫБОРКИ



А. Алиага

A.1 ВВЕДЕНИЕ

Изучение Здоровья Населения Узбекистана 2002(ИЗНУ) является общенациональным, репрезентативным исследованием, которое было выполнено Информационно-Аналитическим Центром Министерства Здравоохранения Узбекистана. Техническая помощь была обеспечена программой MEASURE *DHS*+ Отдела медико-демографических исследований ORC Macro (Calverton, MD, U.S.A.).

Разработка статистически репрезентативной выборки была выполнена совместно ORC Macro и Государственным Департаментом Статистики при Министерстве Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан. Агентство США по Международному развитию (USAID) и ЮНИСЕФ/Узбекистан (UNICEF) предоставили финансовое обеспечение исследования.

A.2 ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными задачами 2002 ИЗНУ было предоставление современных и правдоподобных данных и статистических показателей в отношении репродуктивного здоровья, детской и младенческой смертности и некоторых биометрических показателей здоровья женщин в возрасте 15-49 лет, мужчин в возрасте 15-59 лет и детей до 5 лет жизни на уровне страны и по городу и селу. Дополнительно, по возможности, оценка показателей приводилась для пяти основных регионов Узбекистана. Пять регионов состоят из следующих административных единиц:

Западный Регион:	Каракалпакстан, Хорезмская область
Центральный Регион:	Навоийская, Бухарская, Кашкадарьинская, Сурхандарьинская области
Восточно-Центральный Регион:	Самаркандская, Джизакская, Сырдарьинская, Ташкентская области
Восточный Регион:	Наманганская, Ферганская, Андижанская области
Город Ташкент	

Население, покрытое в исследовании 2002 ИЗНУ, было определено как универсальное для всех женщин 15-49 лет, мужчин 15-59 лет, и детей менее пяти лет жизни, проживающих в частных домовладениях. Домовладения были отобраны, и все женщины и дети выявленные в указанных возрастных рамках, подлежали исследованию. Критерии мужчин, подлежащих исследованию, отличались для города Ташкента и остальных четырех регионов. В Ташкенте все мужчины в исследуемых домовладениях в возрасте от 15-59 лет подлежали исследованию. Однако, в остальных черырех регионах, мужчины в возрасте 15-59 лет, в каждом третьем домовладении подлежали исследованию. Дизайн требовал относительно большую выборку мужчин из города Ташкента для обеспечения достаточного числа случаев, позволяющих сравнения по половому признаку в биомаркерных показателях, собранных только в Ташкенте.

A.3 ДИЗАЙН ВЫБОРКИ И РЕГИОНЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для репрезентативной статистической выборки был применен взвешенный, многоступенчатый, стратифицированный кластерный дизайн выборки. Согласно дизайна выборки, предусматривалось обеспечение, по крайней мере, 800 заполненных женских анкет в каждом из пяти регионов выборки. В добавок, в Автономной Республике Каракалпакстан и Ферганской Области, выборка была расширена на 400 дополнительных женских анкет в каждой. Общая выборка, таким образом составила, по крайней мере, 4800 заполненных женских анкет.

Размер выборки и регионы выборки были рассчитаны в соответствии с ожидаемым числом женщин в возрасте 15-49 с завершенными анкетами (Таблица А.1, колонка 2). Ожидаемое число домохозяйств для каждого региона, было рассчитано исходя из ожидаемого числа женщин и информации из 1966 ПМДУ(соотношение числа выбранных домохозяйств и числа завершенных женских анкет, по регионам). Это число было округлено до следующего ближайшего числа, делимого на 20, что являлось числом домохозяйств, отобранных для каждого сегмента выборки. Деление округленного числа на 20, определило число сегментов выборки, отобранных для каждого региона (Таблица А.1, колонка 5).

Таблица А.1 Предписание сегментов выборки регионам

Регион	Ожидаемое число женщин 15-49 лет (1)	Соотношение выбранных домохозяйств к числу заполненных женких анкет в 1996 МДИУ (2)	Ожидаемое число домохозяйств для 2002 ИЗНУ (3)	Округленное число домохозяйств (4)	Предписанное число сегментов выборки (5)
Западный	1200	0.777	932	940	47
Центральный	800	0.817	654	660	33
Восточно-Центральный	800	1.016	813	820	41
Восточный	1200	0.839	1007	1100	55
Город Ташкент	800	1.066	853	860	43
Всего	4800	1.127	4259	4380	219

A.4 РАМКИ ВЫБОРКИ

В качестве рамок для первичных единиц выборки была использована Административная перепись населения, опубликованная Государственным Департаментом Статистики, которая предоставляет данные по населению для всех больших городов, маленьких городков, поселков городского типа и селений в Узбекистане. Данные были разделены на городские и сельские секторы. Определенное число сегментов выборки были предписаны к городским и сельским зонам внутри каждого региона, пропорционально размерам данных зон. В результате вышло 219 сегментов выборки, 101 в городских зонах и 118 в сельских зонах (Таблица А.2).

Table A.2 Предписание выборки в городских и сельских зонах			
Регион	Городские сегменты	Сельские сегменты	Всего сегментов
Западный	19	28	47
Центральный	9	24	33
Восточно-Центральный	13	28	41
Восточный	17	38	55
Город Ташкент	43	0	43
Всего	101	118	219

A. 5 ЛИСТИНГ ДОМОВЛАДЕНИЙ И ВЫБОРКИ РЕСПОНДЕНТОВ

Следуя за выборкой сегментов выборки, был произведен листинг домовладений в каждом выбранном сегменте, следуемый после систематической выборки домовладений. Систематическая выборка начиналась со случайного числа и использовала фиксированный интервал, подсчитанный, как число заселенных домовладений (из листинга домовладений), деленного на число 20. Анкета Домовладения была заполнена для каждого выбранного домохозяйства. Во всех регионах, все женщины в возрасте 15-49 лет подлежали опросу по Женской Анкете. В городе Ташкенте, все мужчины в возрасте 15-59 лет в домовладениях, отобранных для Женких Анкет, подлежали опросу по Анкете Мужчин. В остальных регионах, все мужчины в возрасте 15-59 лет в каждом третьем домовладении, подлежали опросу по Анкете Мужчин.

A.6 ПОКАЗАТЕЛИ ОТВЕТНОСТИ

В Таблицах А.3 и А.4 показана информация по выбранным домохозяйствам и числу заполненных Анкет Домовладения для общей выборки, городского и сельского компонентов выборки, и по регионам. Кроме того, в эти таблицы включены число женщин и мужчин респондентов, подлежащих исследованию, и число завершенных Женских и Мужских Анкет.

Для женской выборки, в общем, было отобрано 4,385 домовладений, из которых 4,207 были заселены. Анкеты Домовладения были завершены для 4,168 домовладений, что составило уровень ответности для домовладений 99.1 процентов, от заселенных домовладений. Общее число подлежащих исследованию женщин, найденых в заселенных домовладениях, составило 5,588, и интервью были завершены с 5,463 женщин, что составило 97.8 процентов ответности индивидуального интервьюирования для женщин. Общий Уровень Ответности для женщин составил (произведение уровней ответности по домовладениям и индивидуального интервьюирования женщин) 96.9 процентов.

Для мужской выборки, было отобрано 2,094 домовладений, из которых 2,007 были заселены. Анкеты домовладений были заполнены для 1,982 домовладений, что составило уровень ответности по анкете домовладений 98.8 процентов, от заселенных домовладений. Общее количество 2,447 мужчин, подлежащих исследованию, было найдено в заселенных домовладениях, и интервью были завершены для 2,333 мужчин, что составило 95.3 процентов уровня ответности индивидуального интервьюирования от всех мужчин в заселенных домовладениях. Общий Уровень Ответности для мужчин (произведение уровней ответности по домовладениям и индивидуального интервьюирования мужчин) составил 94.2 процента.

Общий уровень ответности был высоким, как для женщин, так и для мужчин, хотя некоторым образом выше для женщин (96.9), чем для мужчин (94.2 процентов). Как для женщин, так и для мужчин, общий уровень ответности значительно не различался ни по городу и селу, ни

по регионам, за исключением Восточно-Центрального региона, где уровни были некоторым образом ниже (93.0 процентов для женщин и 88.1 процент для мужчин).

Таблица А.3 Выборка: женщины

Процентное распределение домовладений и женщин, подлежащих опросу по результатам интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования и уровень ответности выборки в зависимости от региона и город-село места жительства , Узбекистан 2002

	Место жительства		Регион					
Результат	Город	Село	Западный	Центральный	Восточно-Центральный	Восточный	г.Ташкент	Всего
Отобранные домовладения								
Визит осуществлен (C)	92.3	97.4	96.7	94.7	93.4	96.4	93.4	95.1
Нет членов домовладения или лиц способных ответить на вопросы (HP)	0.5	0.1	0.1	0.6	0.5	0.2	0.3	0.3
Получен отказ (R)	0.7	0.0	0.3	0.0	0.1	0.2	1.0	0.3
Жилище не найдено (DNF)	0.3	0.2	0.3	0.6	0.1	0.1	0.1	0.2
Все респонденты отсутствовали длительное время (HA)	2.4	0.8	1.3	1.4	1.7	0.6	3.0	1.6
Жилище пустует/не жилище(DV)	3.6	1.4	1.3	2.6	3.9	2.5	1.7	2.4
Жилище разрушено (DD)	0.1	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.1	0.1
Другое (O)	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Число домовладений	2,021	2,364	940	660	823	1,100	862	4,385.0
Уровень ответности домовладений (HRR) [1]	98.4	99.7	99.2	98.7	99.2	99.5	98.4	99.1
Подлежащие опросу женщины								
Проинтервьюированные (EWC)	98.2	97.5	98.5	98.1	93.7	98.9	99.4	97.8
Нет дома(EWNH)	0.9	1.5	0.3	1.4	4.5	0.4	0.0	1.2
Получен отказ (EWR)	0.4	0.3	0.2	0.1	0.9	0.3	0.2	0.4
Частично завершен (EWPC)	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
Недееспособен (EWI)	0.4	0.7	0.9	0.5	0.8	0.4	0.1	0.6
Другое (EWO)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Число женщин	2,240	3,348	1,375	873	1,068	1,402	870	5,588.0
Уровень ответности женщин, подлежащих опросу(EWRR) [2]	98.2	97.5	98.5	98.1	93.7	98.9	99.4	97.8
Общий уровень ответности (ORR) [3]	96.6	97.1	97.8	96.8	93.0	98.4	97.8	96.9

[1] Используя соответствующие цифры в специфических категориях ответов, уровень ответности домовладений (HRR) подсчитывался следующим образом:

$$\frac{100 \text{ x } C}{C + HP + R + DNF}$$

[2] Используя число женщин, подлежащих интервьюированию в специфических категориях ответов, уровень ответности женщин (EWRR), подлежащих опросу, подсчитывался следующим образом:

$$\frac{100 \text{ x } EWC}{EWC + EWNH + EWR + EWPC + EWI + EWO}$$

[3] Общий уровень ответности (ORR) подсчитывался следующим образом:

ORR = HRR * EWRR/100

Таблица А.4 Выборка; мужчины

Процентное распределение домовладений и мужчин, подлежащих опросу, по результатам интервьюирования домовладений и индивидуального интервьюирования, и уровень ответности выборки, в зависимости от региона и город-село места жительства , Узбекистан 2002

Результат	Место жительства		Регион					
	Город	Село	Западный	Центральный	Восточно-Центральный	Восточный	г.Ташкент	Всего
Отобранные домовладения								
Визит осуществлен (C)	93.1	97.0	96.4	93.1	94.8	96.1	93.7	94.7
Нет членов домовладения или лиц, способных ответить на вопросы (HP)	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.0	0.3	0.3
Получен отказ (R)	0.9	0.1	0.3	0.0	0.3	0.5	1.0	0.6
Жилище не найдено (DNF)	0.3	0.2	0.6	0.9	0.0	0.3	0.1	0.3
Все респонденты отсутствовали длительное время (HA)	2.0	1.0	0.6	1.7	1.0	0.3	2.7	1.6
Жилище пустует/не жилище (DV)	3.0	1.3	1.8	3.4	3.1	2.9	1.7	2.3
Жилище разрушено (DD)	0.2	0.1	0.0	0.4	0.3	0.0	0.1	0.1
Другое (O)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Число домовладений	1,265	829	329	232	290	385	858	2,094
Уровень ответности домовладений (HRR)[1]	98.3	99.4	98.8	98.6	99.3	99.2	98.4	98.8
Подлежащие опросу мужчины								
Проинтервьюированные (EMC)	95.1	95.6	96.0	97.1	88.8	98.3	95.7	95.3
Нет дома (EMNH)	1.3	2.9	3.0	2.2	6.3	0.6	0.4	2.1
Отложен (EMP)	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Получен отказ (EMR)	2.6	0.6	0.2	0.0	3.4	0.0	3.3	1.7
Частично завершен (EMPC)	0.1	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.1
Недееспособен(EMI)	0.8	0.7	0.6	0.7	1.3	0.8	0.5	0.7
Другое (EMO)	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
Всего	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Число мужчин	1,293	1,154	502	276	383	473	813	2,447
Уровень ответности мужчин, подлежащих опросу (EMRR)[2]	95.1	95.6	96.0	97.1	88.8	98.3	95.7	95.3
Общий Уровень Ответности (ORR)[3]	93.5	95.0	94.8	95.8	88.1	97.5	94.2	94.2

[1] Используя соответствующие цифры в специфических категориях ответов, уровень ответности домовладений (HRR) подсчитывался следующим образом:

$$\frac{100 \text{ x } C}{C + HP + R + DNF}$$

[2] Используя число мужчин, подлежащих интервьюированию в специфических категориях ответов, уровень ответности мужчин (EMRR), подлежащих опросу, подсчитывался следующим образом:

$$\frac{100 \text{ x } EMC}{EMC + EMNH + EMR + EMPC + EMI + EMO}$$

[3] Общий уровень ответности (ORR) подсчитывался следующим образом:

ORR = HRR * EMRR/100

ОЦЕНКА ОШИБОК ВЫБОРКИ



Р.Рен

Оценки выборки подвержены ошибкам двух видов: (1) ошибкам, не связанным с выборкой, (2) ошибкам, связанным непосредственно с выборкой. Ошибки, не связанные с выборкой, являются результатом погрешностей, имевших место при сборе и обработке данных, таких как неудача определения местонахождения домовладения или проведения интервью, недостаточное понимание вопросов, как со стороны интервьюера, так и респондента и ошибки при вводе данных. Хотя были сделаны многочисленные попытки в доведении до минимума такого рода ошибок во время проведения 2002 ИЗНУ, их невозможно было избежать и было достаточно трудно их статистически оценить.

В отличие от вышеуказанного, ошибки, связанные с выборкой, могут быть оценены статистически. Отбор респондентов, проведенный в 2002 ИЗНУ, является одним из многих возможных статистических вариантов выборки, которые могли бы быть произведены из той же категории населения, с использованием аналогичной методологии и того же размера выборки. Каждый из этих вариантов привел бы к результатам, которые отчасти отличались бы от результатов фактически проведенной выборки. Ошибки выборки являются мерой вариабельности среди всех возможных выборок. Хотя степень вариабельности точно не определена, она может быть оценена из результатов исследования.

Ошибка выборки обычно характеризуется *стандартной ошибкой*, которая является квадратным корнем отклонения частной статистической характеристики (средней, процент). Стандартная ошибка может быть использована для вычисления доверительного интервала, в пределы которого входят истинные значения данного показателя. К примеру, истинные значения статистического показателя, вычисленного из данной выборки, будут находиться в пределах двух стандартных ошибок выше или ниже вычисленного значения для 95 процентов всех возможных выборок аналогичного размера.

Если отбор респондентов проводился бы на основе простой рандомизированной выборки, было бы возможным использовать простые формулы для вычисления ошибок выборки. Поскольку выборка 2002ИЗНУ носит многостадийный стратифицированный характер, возникла необходимость в использовании более сложных формул. Для расчета ошибок выборки в 2002ИЗНУ была использована компьютерная программа Модуль ошибки выборки ISSA . В этом модуле был использован линейный метод Тейлора для оценки вариабельности значений, основанных на пропорциях или средних значениях. Повторный репликационный метод “Jackknife” используется для оценки более сложной статистики, таких как показатели рождаемости и смертности.

Линейным методом Тейлора можно подвергнуть статистической обработке любой процент или среднее значение, отвечающие формуле, $r = y/x$, где y представляет общую величину выборки для переменной y, а x представляет общее количество случаев в рассматриваемой группе или подгруппе. Значение r вычисляется с использованием нижеуказанной формулы со стандартной ошибкой, являющейся квадратным корнем из значения.

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_{h-1}} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

в которой

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{, и } z_h = y_h - rx_h$$

где

h характеризует слой, который варьирует от 1 до *H*,
m_h общее количество кластеров, отобранных в *h-ом* слое,
y_{hi} сумма значений взвешенной переменной *y* в *i* -ом кластере *h-го* слоя,
x_{hi} сумма всего количества взвешенных случаев в *i* -ом кластере *h-го* слоя и
f общая фракция выборки, значение которой настолько незначительно, что ее можно проигнорировать.

Повторный репликационный метод “Jackknife” позволяет извлечь значения сложных показателей в каждой из нескольких репликаций матричной выборки и вычислить стандартные ошибки для этих значений с использованием простой формулы. Для расчета показателя в каждой репликаций рассматриваются *все, за исключением одного, кластеры*. Таким образом, создаются псевдо-независимые репликаций. В ИЗНУ было 219 занятых кластеров. Следовательно, было создано 218 репликаций. Изменения показателя *r* вычисляется следующим образом:

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

в которой

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

где r расчетная оценка из полной выборки, состоящей из 219 кластеров,
$r_{(i)}$ расчетная оценка из сокращенной выборки-218 кластеров (*i-ый* кластер исключается), и
k общее количество кластеров.

В дополнение к стандартной ошибке ISSA способна вычислить дизайн-эффект (DEFT) для каждого значения, которое определяется как соотношение между стандартной ошибкой для данной выборки и стандартной ошибкой, которая могла бы иметь место при использовании простой рандомизированной аыборки. Значение DEFT 1.0 указывает, что дизайн выборки так же достаточен, как и простая рандомизированная выборка, тогда как значение более 1.0 указывает на увеличение ошибки по причине использования более сложного и статистически менее

достаточного дизайна. С помощью ISSA также можно рассчитать относительную ошибку и доверительные пределы для оценок значений.

Ошибки выборки в 2002 ИЗНУ вычислены для тех значений, которые представляют первостепенный интерес для исследуемых женщин и мужчин, соответственно. В приложении представлены результаты для республики в целом, городов и сел и каждому из пяти регионов (Западному, Центральному, Восточному, Восточно-Центральному и городу Ташкенту). В таблице B. 1 представлены статистические значения (средние, пропорции или соотношения) и базовая популяция для каждого показателя. В таблицах B.2 - B.9 представлены значения статистической величины (R), ее стандартная ошибка (SE), количества не взвешенных (N) и взвешенных (WN) случаев, дизайн-эффект (DEFT),относительная стандартная ошибка (SE/R) и 95-процентные доверительные итервалы (R±2SE), для каждой переменной. Таблица B.10 представляет ошибки выборки для отдельных биомаркеров в городе Ташкенте и Ферганской Области. Принято считать значение DEFT не установленным при стандартной ошибке, рассматриваемой простой рандомизированной выборкой равной нулю (когда величина значения близка к 0 или 1). В случае суммарного коэффициента рождаемости, число невзвешенных случаев не важно, так как не является известным невзвешенное значение для женщина-лет экспозиции деторождению.

Доверительный интервал (например, вычисленный *для детей рожденных женщинами 40-49 лет*) может быть интрепретирован следующим образом: общее среднее для общенациональной выборки равно 4.303, и его стандартная ошибка равна 0.084. Таким образом, чтобы получить 95-процентные доверительные границы, стандартную ошибку необходимо дважды прибавить и дважды отнять от оценочного значения (то есть, 4.303 ± 2 × 0.084). Имеется высокая вероятность (95 процентов), что *реальное* среднее число детей рожденных для всех женщин 40-49 лет лежит между 4.135 и 4.471.

Ошибки выборки вычислялись для общенациональной выборки женщин и для двух отдельных груп оценок: 1) средних и соотношений и 2) сложных демографических показателей. Относительные стандартные ошибки (SE/R) для средних и соотношений варьировали между 0.7 и 21.7 процентами, со средним в 4.9 процента; самые высокие относительные стандартные ошибки приходятся на оценки очень низких значений (например, *женщины курящие в настоящий момент*). Если оценки очень нихзких значений (менее10 процентов) были бы удалены, тогда среднее значение падает до 2.5 процентов. Таким образом, в общем, стандартная ошибка для большинсва оценок для страны в целом является маленькой, за исключением очень маленьких соотношений. Относительная стандартная ошибка для суммарного коэффициента рождаемости является маленькой, 3.1 процента. Однако, для показателей сметности, средняя относительная стандартная ошибка гораздо выше, 12 процентов.

Существует ряд различий относительной стандартной ошибки при оценке отдельных групп населения. К примеру, для показателя “*знают использование презервативов предупреждает инфицирование ВИЧ/СПИДом,*” относительные стандартные ошибки, как процент оцененного среднего в целом по республике и по городским регионам составляют 2.6 и 3.5 процента, соответственно.

Для всей выборки, значение дизайн - эффекта (DEFT), усредненного по всем переменным, составляет 1.29. Это означает, что в связи с многостадийностью кластерной выборки, средняя стандартная ошибка повысилась на фактор(множитель) 1.29, сверх такового в эквивалентной простой рандомизированной выборке.

Таблица B.1 Список отдельных переменных, по которым представлены ошибки выборки, Узбекистан 2002

Переменная	Значение	Население
ЖЕНЩИНЫ		
Городское местожительства	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Начальное/неполное среднее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Среднее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Средне-специальное образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Высшее образование	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Никогда не была замужем	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Замужем в настоящий момент(в союзе)	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Возраст вступления в брак до 18 лет	Соотношение	Все женщины 20-49 лет
Рожденные дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Выжившие дети	Среднее	Все женщины 15-49 лет
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	Среднее	Все женщины 40-49 лет
Использовали любой метод контрацепции	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой соврем.метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем любой трад. метод	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем ВМС	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем презерватив	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем МЛА	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Используют в настоящем прерванный акт	Соотношение	Замужние женщины 15-49 лет
Индекс массы тела менее 18.5	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Индекс массы тела более 25.0	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Гипертензивные	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Курят в настоящий момент	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Знают пути распространения туберкулеза	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
БППП симптомы в последние 12 месяцев	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	Соотношение	Все женщины 15-49 лет
ДЕТИ		
Вес/Росту (- 2 CD ниже медианы)	Соотношение	Все дети до 5 лет
Рост/Возраст (- 2 CD ниже медианы)	Соотношение	Все дети до 5 лет
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	Соотношение	Все дети до 5 лет
Распространность анемии	Соотношение	Все дети 6 до 59 месяцев жизни
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	Соотношение	Все дети 7-15 лет
МУЖЧИНЫ		
Индекс массы тела менее 18.5	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Индекс массы тела более 25.0	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Гипертензивные	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Курят в настоящий момент	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Знают пути распространения туберкулеза	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
БППП симптомы в последние 12 месяцев	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	Соотношение	Все мужчины 15-59 лет
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ, АБОРТОВ И СМЕРТНОСТИ		
Суммарный коэффициент рождаемости	Коэффициент	Все женщины 15-49 лет
Суммарный коэффициент абортов	Коэффициент	Все женщины 15-49 лет
Показатель неонатальной смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель постнеонатальной смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель младенческой смертности	Коэффициент	Количество родов
Показатель детской смертности	Коэффициент	Количество детей выживших до года
Смертности до пяти лет	Коэффициент	Количество родов

Таблица B.2 Общенциональная выборка - Ошибки выборки, Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзвешенное (N)	Количество случаев: Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверительный интервал: R-2SE	Доверительный интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	0.398	0.012	5463	5463	1.830	0.030	0.374	0.422
Начальное/неполное среднее образование	0.106	0.005	5463	5463	1.211	0.048	0.096	0.116
Среднее образование	0.584	0.010	5463	5463	1.563	0.018	0.563	0.605
Средне-специальное образование	0.205	0.008	5463	5463	1.484	0.039	0.189	0.222
Высшее образование	0.105	0.007	5463	5463	1.570	0.062	0.092	0.118
Никогда не была замужем	0.260	0.007	5463	5463	1.101	0.025	0.247	0.273
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.681	0.007	5463	5463	1.104	0.010	0.667	0.695
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.130	0.006	4368	4372	1.221	0.048	0.118	0.142
Рожденные дети	2.165	0.028	5463	5463	1.013	0.013	2.109	2.221
Выжившие дети	1.984	0.026	5463	5463	1.043	0.013	1.931	2.036
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	4.303	0.084	1097	1092	1.325	0.020	4.134	4.472
Использовали любой метод контрацепции	0.846	0.006	3666	3720	0.962	0.007	0.835	0.858
Используют в настоящем любой метод	0.677	0.009	3666	3720	1.117	0.013	0.659	0.694
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.628	0.009	3666	3720	1.145	0.015	0.609	0.646
Используют в настоящем любой трад. метод	0.049	0.004	3666	3720	1.155	0.084	0.041	0.057
Используют в настоящем ВМС	0.518	0.009	3666	3720	1.138	0.018	0.499	0.536
Используют в настоящем презерватив	0.020	0.002	3666	3720	1.072	0.124	0.015	0.025
Используют в настоящем МЛА	0.028	0.004	3666	3720	1.383	0.135	0.020	0.035
Используют в настоящем прерванный акт	0.035	0.003	3666	3720	1.153	0.100	0.028	0.042
Индекс массы тела менее 18.5	0.059	0.005	4998	4967	1.408	0.085	0.049	0.069
Индекс массы тела более 25.0	0.278	0.008	4998	4967	1.322	0.030	0.261	0.294
Гипертензивные	0.077	0.005	5459	5456	1.330	0.063	0.067	0.086
Курят в настоящий момент	0.009	0.002	5463	5463	1.549	0.217	0.005	0.013
Знают пути распространения туберкулеза	0.599	0.010	5463	5463	1.565	0.017	0.578	0.619
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.367	0.010	5463	5463	1.482	0.026	0.347	0.386
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.073	0.005	4035	4057	1.254	0.070	0.063	0.084
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.427	0.011	5463	5463	1.636	0.026	0.405	0.449
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.610	0.010	5463	5463	1.553	0.017	0.590	0.631
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.071	0.006	2564	2400	1.122	0.088	0.059	0.084
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.211	0.012	2564	2400	1.346	0.057	0.187	0.235
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.079	0.007	2564	2400	1.129	0.082	0.066	0.093
Распространность анемии	0.492	0.015	2448	2305	1.414	0.031	0.461	0.523
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.954	0.003	4877	5016	1.139	0.004	0.948	0.961
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.038	0.004	2292	2058	0.920	0.107	0.030	0.046
Индекс массы тела более 25.0	0.319	0.013	2292	2058	1.206	0.040	0.294	0.345
Гипертензивные	0.083	0.007	2329	2328	1.139	0.079	0.070	0.096
Курят в настоящий момент	0.241	0.012	2333	2333	1.311	0.048	0.217	0.264
Знают пути распространения туберкулеза	0.553	0.019	2333	2333	1.875	0.035	0.514	0.592
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.266	0.013	2333	2333	1.437	0.049	0.240	0.293
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.005	0.002	1745	1773	1.290	0.443	0.001	0.009
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.646	0.015	2333	2333	1.551	0.024	0.616	0.677
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.691	0.016	2333	2333	1.672	0.023	0.659	0.723
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ, АБОРТОВ И СМЕРТНОСТИ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн. 3 года)	2.922	0.092	НП	15357	1.381	0.031	2.739	3.106
Суммарный коэф. абортов (последние 3 года)	0.946	0.087	НП	15357	1.424	0.092	0.772	1.120
Неонатальная смертность (последние 5 лет)	33.947	4.651	2474	2479	1.176	0.137	24.645	43.250
Постнеонатальная смертность (последние 5 лет)	27.750	3.531	2481	2486	1.080	0.127	20.689	34.811
Младенческая смертность (последние 5 лет)	61.697	5.710	2481	2486	1.102	0.093	50.277	73.117
Младенческая смертность (5-9 лет назад)	64.110	5.978	2524	2620	1.141	0.093	52.154	76.066
Младенческая смертность (10-14 лет назад)	51.710	4.925	2727	2842	1.121	0.095	41.859	61.561
Детская смертность (последние 5 лет)	12.340	2.548	2490	2493	1.128	0.206	7.245	17.436
Смертности до пяти лет (последние 5 лет)	73.276	6.217	2497	2501	1.106	0.085	60.842	85.710

НП = Не применимы

Таблица B.3 Ошибки выборки для городской местности,Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзвешенное (N)	Количество случаев: Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит. интервал: R-2SE	Доверит. интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	1.000	0.000	2200	2175	na	0.000	1.000	1.000
Начальное/неполное среднее образование	0.087	0.008	2200	2175	1.296	0.089	0.072	0.103
Среднее образование	0.447	0.016	2200	2175	1.499	0.036	0.415	0.479
Средне-специальное образование	0.276	0.013	2200	2175	1.368	0.047	0.250	0.302
Высшее образование	0.190	0.014	2200	2175	1.647	0.073	0.162	0.217
Никогда не была замужем	0.240	0.011	2200	2175	1.209	0.046	0.217	0.262
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.659	0.012	2200	2175	1.204	0.018	0.635	0.684
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.126	0.009	1805	1797	1.151	0.071	0.108	0.144
Рожденные дети	1.957	0.040	2200	2175	1.058	0.020	1.878	2.036
Выжившие дети	1.823	0.036	2200	2175	1.055	0.020	1.751	1.895
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	3.367	0.122	500	497	1.467	0.036	3.123	3.611
Использовали любой метод контрацепции	0.832	0.009	1402	1434	0.869	0.010	0.815	0.849
Используют в настоящем любой метод	0.656	0.013	1402	1434	1.030	0.020	0.629	0.682
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.599	0.014	1402	1434	1.066	0.023	0.571	0.627
Используют в настоящем любой трад. метод	0.057	0.007	1402	1434	1.127	0.123	0.043	0.071
Используют в настоящем ВМС	0.488	0.013	1402	1434	0.983	0.027	0.462	0.514
Используют в настоящем презерватив	0.036	0.005	1402	1434	1.030	0.143	0.025	0.046
Используют в настоящем МЛА	0.017	0.005	1402	1434	1.324	0.268	0.008	0.026
Используют в настоящем прерванный акт	0.035	0.007	1402	1434	1.351	0.190	0.022	0.048
Индекс массы тела менее 18.5	0.067	0.008	2019	1988	1.418	0.123	0.051	0.084
Индекс массы тела более 25.0	0.295	0.011	2019	1988	1.122	0.039	0.272	0.318
Гипертензивные	0.071	0.007	2197	2170	1.339	0.104	0.056	0.085
Курят в настоящий момент	0.023	0.005	2200	2175	1.628	0.229	0.012	0.033
Знают пути распространения туберкулеза	0.689	0.018	2200	2175	1.792	0.026	0.654	0.724
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.404	0.016	2200	2175	1.496	0.039	0.373	0.436
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.078	0.009	1668	1672	1.367	0.115	0.060	0.096
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.563	0.020	2200	2175	1.870	0.035	0.523	0.602
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.669	0.016	2200	2175	1.631	0.024	0.636	0.701
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.079	0.011	903	849	1.141	0.138	0.057	0.101
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.163	0.020	903	849	1.477	0.125	0.122	0.203
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.058	0.010	903	849	1.161	0.168	0.039	0.078
Распространность анемии	0.446	0.029	891	845	1.654	0.066	0.387	0.505
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.950	0.006	1726	1832	1.096	0.006	0.938	0.961
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.051	0.006	1187	973	0.866	0.124	0.038	0.063
Индекс массы тела более 25.0	0.338	0.019	1187	973	1.187	0.055	0.300	0.375
Гипертензивные	0.089	0.009	1228	913	1.098	0.100	0.071	0.107
Курят в настоящий момент	0.320	0.021	1230	916	1.567	0.065	0.279	0.362
Знают пути распространения туберкулеза	0.651	0.034	1230	916	2.514	0.053	0.583	0.719
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.313	0.023	1230	916	1.750	0.074	0.267	0.360
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.007	0.004	930	714	1.459	0.572	0.000	0.015
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.718	0.023	1230	916	1.821	0.033	0.671	0.765
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.710	0.028	1230	916	2.128	0.039	0.655	0.765
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ, АБОРТОВ И СМЕРТНОСТИ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн. 3 года)	2.481	0.139	НП	6178	1.352	0.056	2.202	2.760
Суммарный коэф. абортов (последние 3 года)	1.091	0.168	НП	6178	1.645	0.154	0.756	1.427
Неонатальная смертность (последние 10 лет)	26.798	5.351	1795	1850	1.269	0.200	16.097	37.499
Постнеонатальная смертность (последние10 лет)	16.075	2.958	1795	1850	1.039	0.184	10.159	21.990
Младенческая смертность (последние 10 лет)	42.873	6.641	1795	1850	1.229	0.155	29.591	56.155
Детская смертность (последние 10 лет)	10.966	2.592	1797	1852	1.062	0.236	5.782	16.149
Смертности до пяти лет (последние 10 лет)	53.368	6.723	1797	1852	1.163	0.126	39.923	66.813

НП = Не приемлимы

Таблица В.4 Ошибки выборки для сельской местности,Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стан-дартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзве-шенное (N)	Количество случаев: Взвешен-ное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Отно-сительная ошибка (SE/R)	Доверит интервал: R-2SE	Доверит интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	0.000	0.000	3263	3288	na	na	0.000	0.000
Начальное/неполное среднее образование	0.118	0.007	3263	3288	1.159	0.055	0.105	0.131
Среднее образование	0.674	0.013	3263	3288	1.598	0.019	0.648	0.700
Средне-специальное образование	0.159	0.010	3263	3288	1.541	0.062	0.139	0.179
Высшее образование	0.049	0.006	3263	3288	1.503	0.116	0.038	0.061
Никогда не была замужем	0.274	0.008	3263	3288	1.035	0.030	0.258	0.290
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.695	0.008	3263	3288	1.035	0.012	0.679	0.712
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.133	0.008	2563	2575	1.263	0.064	0.116	0.150
Рожденные дети	2.303	0.038	3263	3288	0.985	0.017	2.226	2.379
Выжившие дети	2.090	0.036	3263	3288	1.029	0.017	2.018	2.162
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	5.083	0.119	597	596	1.461	0.023	4.846	5.320
Использовали любой метод контрацепции	0.856	0.008	2264	2286	1.016	0.009	0.841	0.871
Используют в настоящем любой метод	0.690	0.011	2264	2286	1.172	0.017	0.667	0.713
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.646	0.012	2264	2286	1.181	0.018	0.622	0.669
Используют в настоящем любой трад. метод	0.044	0.005	2264	2286	1.157	0.113	0.034	0.054
Используют в настоящем ВМС	0.536	0.013	2264	2286	1.223	0.024	0.510	0.562
Используют в настоящем презерватив	0.010	0.002	2264	2286	1.134	0.235	0.005	0.015
Используют в настоящем МЛА	0.035	0.005	2264	2286	1.388	0.154	0.024	0.045
Используют в настоящем прерванный акт	0.035	0.004	2264	2286	1.007	0.111	0.027	0.043
Индекс массы тела менее 18.5	0.053	0.006	2979	2980	1.386	0.117	0.040	0.065
Индекс массы тела более 25.0	0.266	0.012	2979	2980	1.448	0.044	0.242	0.289
Гипертензивные	0.080	0.006	3262	3286	1.324	0.078	0.068	0.093
Курят в настоящий момент	0.000	0.000	3263	3288	1.009	0.807	0.000	0.000
Знают пути распространения туберкулеза	0.539	0.013	3263	3288	1.435	0.023	0.514	0.564
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.342	0.012	3263	3288	1.440	0.035	0.318	0.366
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.070	0.006	2367	2385	1.169	0.087	0.058	0.083
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.338	0.012	3263	3288	1.446	0.035	0.314	0.362
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.572	0.013	3263	3288	1.529	0.023	0.545	0.598
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.067	0.008	1661	1551	1.104	0.114	0.052	0.082
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.238	0.014	1661	1551	1.240	0.060	0.209	0.266
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.091	0.009	1661	1551	1.137	0.096	0.074	0.108
Распространность анемии	0.519	0.018	1557	1460	1.284	0.034	0.484	0.554
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.957	0.004	3151	3184	1.174	0.005	0.948	0.966
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.026	0.005	1105	1086	1.027	0.203	0.015	0.036
Индекс массы тела менее 18.5	0.303	0.017	1105	1086	1.208	0.057	0.268	0.337
Гипертензивные	0.079	0.009	1101	1415	1.110	0.115	0.061	0.097
Курят в настоящий момент	0.189	0.014	1103	1417	1.202	0.075	0.160	0.217
Знают пути распространения туберкулеза	0.490	0.023	1103	1417	1.499	0.046	0.445	0.535
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.236	0.015	1103	1417	1.176	0.064	0.206	0.266
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.003	0.002	815	1059	1.168	0.702	0.000	0.008
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.600	0.021	1103	1417	1.390	0.034	0.559	0.641
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.679	0.019	1103	1417	1.383	0.029	0.641	0.718
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ, АБОРТОВ И СМЕРТНОСТИ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн. 3 года)	3.214	0.116	НП	9180	1.320	0.036	2.983	3.445
Суммарный коэф. абортов (последние 3 года)	0.859	0.091	НП	9179	1.153	0.105	0.678	1.041
Неонатальная смертность (последние 10 лет)	37.936	3.797	3195	3242	0.963	0.100	30.341	45.531
Постнеонатальная смертность (последние10 лет)	36.621	3.720	3203	3249	1.120	0.102	29.180	44.061
Младенческая смертность (последние 10 лет)	74.557	5.044	3203	3249	0.986	0.068	64.469	84.645
Детская смертность (последние 10 лет)	13.990	2.222	3208	3256	1.087	0.159	9.546	18.434
Смертности до пяти лет (последние 10 лет)	87.504	5.438	3216	3263	0.991	0.062	76.629	98.379

НП = Не приемлимы

Таблица В.5 Ошибки выборки для Западного региона, Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзвешенное (N)	Количество случаев: Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит. интервал: R-2SE	Доверит. интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	0.426	0.017	1355	699	1.228	0.039	0.393	0.459
Начальное/неполное среднее образование	0.087	0.007	1355	699	0.977	0.086	0.072	0.102
Среднее образование	0.561	0.022	1355	699	1.664	0.040	0.516	0.606
Средне-специальное образование	0.245	0.019	1355	699	1.622	0.077	0.207	0.283
Высшее образование	0.108	0.013	1355	699	1.536	0.120	0.082	0.134
Никогда не была замужем	0.310	0.011	1355	699	0.859	0.035	0.288	0.331
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.638	0.014	1355	699	1.056	0.022	0.610	0.665
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.130	0.011	1071	552	1.031	0.082	0.109	0.151
Рожденные дети	2.122	0.051	1355	699	0.882	0.024	2.020	2.225
Выжившие дети	1.898	0.042	1355	699	0.820	0.022	1.815	1.981
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	4.793	0.123	250	130	0.952	0.026	4.546	5.039
Использовали любой метод контрацепции	0.869	0.017	859	446	1.441	0.019	0.836	0.902
Используют в настоящем любой метод	0.683	0.025	859	446	1.564	0.036	0.633	0.733
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.680	0.024	859	446	1.522	0.036	0.632	0.729
Используют в настоящем любой трад. метод	0.003	0.002	859	446	1.158	0.717	0.000	0.007
Используют в настоящем ВМС	0.570	0.024	859	446	1.439	0.043	0.522	0.619
Используют в настоящем презерватив	0.006	0.003	859	446	1.150	0.526	0.000	0.011
Используют в настоящем МЛА	0.037	0.009	859	446	1.463	0.255	0.018	0.056
Используют в настоящем прерванный акт	0.002	0.002	859	446	1.156	1.012	0.000	0.005
Индекс массы тела менее 18.5	0.072	0.008	1245	645	0.977	0.104	0.057	0.087
Индекс массы тела более 25.0	0.275	0.017	1245	645	1.354	0.062	0.241	0.309
Гипертензивные	0.087	0.007	1355	699	0.892	0.079	0.073	0.101
Курят в настоящий момент	0.004	0.002	1355	699	1.166	0.533	0.000	0.007
Знают пути распространения туберкулеза	0.770	0.017	1355	699	1.450	0.022	0.736	0.803
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.419	0.020	1355	699	1.489	0.048	0.379	0.459
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.125	0.012	932	484	1.082	0.094	0.102	0.149
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.452	0.019	1355	699	1.433	0.043	0.413	0.491
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.692	0.025	1355	699	1.969	0.036	0.642	0.741
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.039	0.010	575	295	1.294	0.267	0.018	0.059
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.153	0.017	575	295	1.063	0.109	0.120	0.187
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.056	0.009	575	295	0.923	0.161	0.038	0.075
Распространность анемии	0.498	0.022	519	268	0.994	0.044	0.455	0.542
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.942	0.008	1251	639	1.087	0.008	0.926	0.957
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.051	0.011	482	242	1.026	0.213	0.029	0.073
Индекс массы тела более 25.0	0.260	0.024	482	242	1.198	0.093	0.212	0.309
Гипертензивные	0.134	0.016	482	314	1.007	0.117	0.102	0.165
Курят в настоящий момент	0.162	0.015	482	314	0.892	0.093	0.132	0.192
Знают пути распространения туберкулеза	0.596	0.032	482	314	1.441	0.054	0.532	0.661
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.310	0.019	482	314	0.906	0.062	0.272	0.348
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.007	0.005	329	219	1.096	0.722	0.000	0.017
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.745	0.019	482	314	0.975	0.026	0.706	0.783
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.847	0.019	482	314	1.142	0.022	0.810	0.885
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ И АБОРТОВ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн 10 лет)	3.050	0.145	НП	1944	1.109	0.048	2.759	3.340
Суммарный коэф. абортов (последние 10 лет)	0.754	0.097	НП	1944	1.062	0.129	0.559	0.949

НП = Не приемлимы

Таблица В.6 Ошибки выборки для Центрального региона, Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзвешенное (N)	Количество случаев: Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит интервал: R-2SE	Доверит интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	0.301	0.020	856	1311	1.292	0.067	0.260	0.341
Начальное/неполное среднее образование	0.114	0.012	856	1311	1.062	0.101	0.091	0.137
Среднее образование	0.625	0.025	856	1311	1.523	0.040	0.575	0.676
Средне-специальное образование	0.189	0.018	856	1311	1.308	0.093	0.154	0.224
Высшее образование	0.072	0.012	856	1311	1.403	0.172	0.047	0.097
Никогда не была замужем	0.265	0.016	856	1311	1.058	0.060	0.234	0.297
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.678	0.019	856	1311	1.186	0.028	0.640	0.716
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.123	0.015	666	1031	1.177	0.122	0.093	0.153
Рожденные дети	2.363	0.089	856	1311	1.164	0.038	2.186	2.541
Выжившие дети	2.164	0.084	856	1311	1.219	0.039	1.996	2.333
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	4.732	0.260	171	267	1.499	0.055	4.212	5.252
Использовали любой метод контрацепции	0.878	0.008	584	889	0.596	0.009	0.862	0.894
Используют в настоящем любой метод	0.640	0.018	584	889	0.928	0.029	0.603	0.677
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.572	0.020	584	889	0.991	0.036	0.531	0.612
Используют в настоящем любой трад. метод	0.068	0.010	584	889	1.002	0.154	0.047	0.089
Используют в настоящем ВМС	0.450	0.022	584	889	1.069	0.049	0.406	0.494
Используют в настоящем презерватив	0.013	0.006	584	889	1.247	0.453	0.001	0.024
Используют в настоящем МЛА	0.036	0.010	584	889	1.284	0.277	0.016	0.055
Используют в настоящем прерванный акт	0.048	0.008	584	889	0.913	0.169	0.031	0.064
Индекс массы тела менее 18.5)	0.038	0.009	792	1213	1.354	0.247	0.019	0.056
Индекс массы тела более 25.0	0.291	0.020	792	1213	1.188	0.067	0.252	0.330
Гипертензивные	0.100	0.008	856	1311	0.794	0.081	0.084	0.117
Курят в настоящий момент	0.012	0.007	856	1311	1.821	0.567	0.000	0.025
Знают пути распространения туберкулеза	0.599	0.025	856	1311	1.481	0.041	0.550	0.649
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.446	0.018	856	1311	1.036	0.040	0.410	0.481
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.133	0.016	625	968	1.184	0.121	0.101	0.165
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.381	0.025	856	1311	1.484	0.065	0.332	0.431
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.662	0.019	856	1311	1.151	0.028	0.624	0.699
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.068	0.015	371	565	1.043	0.215	0.039	0.098
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.195	0.024	371	565	1.064	0.124	0.146	0.244
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.090	0.014	371	565	0.990	0.161	0.061	0.119
Распространность анемии	0.581	0.037	345	528	1.298	0.064	0.507	0.656
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.961	0.008	874	1333	1.140	0.008	0.946	0.976
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.021	0.009	269	399	0.972	0.411	0.004	0.038
Индекс массы тела более 25.0	0.353	0.042	269	399	1.291	0.118	0.270	0.437
Гипертензивные	0.094	0.016	268	510	0.888	0.168	0.063	0.126
Курят в настоящий момент	0.183	0.026	268	510	1.113	0.144	0.130	0.236
Знают пути распространения туберкулеза	0.448	0.047	268	510	1.539	0.104	0.355	0.542
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.168	0.033	268	510	1.438	0.196	0.102	0.233
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.004	0.004	209	402	0.919	0.985	0.000	0.012
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.713	0.042	268	510	1.519	0.059	0.628	0.797
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.539	0.042	268	510	1.369	0.078	0.455	0.622
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ И АБОРТОВ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн 10 лет)	3.431	0.189	НП	3682	1.167	0.055	3.053	3.808
Суммарный коэф. абортов (последние 10 лет)	1.282	0.222	НП	3682	1.249	0.173	0.838	1.725

НП = Не применим

Таблица B.7 Ошибки выборки для Восточно-Центрального региона, Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзвешенное (N)	Количество случаев: Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит интервал: R-2SE	Доверит интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	0.319	0.032	1001	1431	2.201	0.102	0.254	0.384
Начальное/неполное среднее образование	0.134	0.011	1001	1431	1.034	0.083	0.112	0.157
Среднее образование	0.574	0.018	1001	1431	1.167	0.032	0.537	0.610
Средне-специальное образование	0.200	0.017	1001	1431	1.354	0.086	0.165	0.234
Высшее образование	0.092	0.011	1001	1431	1.244	0.123	0.070	0.115
Никогда не была замужем	0.256	0.015	1001	1431	1.094	0.059	0.226	0.286
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.698	0.013	1001	1431	0.914	0.019	0.672	0.725
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.129	0.011	800	1152	0.952	0.088	0.106	0.151
Рожденные дети	2.279	0.050	1001	1431	0.728	0.022	2.179	2.379
Выжившие дети	2.072	0.044	1001	1431	0.709	0.021	1.984	2.160
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	4.568	0.164	189	274	0.976	0.036	4.241	4.896
Использовали любой метод контрацепции	0.809	0.014	698	999	0.916	0.017	0.782	0.837
Используют в настоящем любой метод	0.635	0.022	698	999	1.198	0.034	0.592	0.679
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.569	0.022	698	999	1.183	0.039	0.524	0.613
Используют в настоящем любой трад. метод	0.066	0.008	698	999	0.836	0.119	0.051	0.082
Используют в настоящем ВМС	0.462	0.021	698	999	1.128	0.046	0.419	0.504
Используют в настоящем презерватив	0.026	0.005	698	999	0.774	0.181	0.016	0.035
Используют в настоящем МЛА	0.022	0.008	698	999	1.382	0.352	0.006	0.037
Используют в настоящем прерванный акт	0.053	0.007	698	999	0.818	0.131	0.039	0.067
Индекс массы тела менее 18.5	0.035	0.007	897	1228	1.020	0.187	0.022	0.048
Индекс массы тела более 25.0	0.291	0.014	897	1228	0.897	0.048	0.263	0.319
Гипертензивные	0.085	0.012	1000	1429	1.311	0.136	0.062	0.109
Курят в настоящий момент	0.011	0.004	1001	1431	1.102	0.328	0.004	0.018
Знают пути распространения туберкулеза	0.451	0.022	1001	1431	1.397	0.049	0.407	0.495
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.398	0.024	1001	1431	1.567	0.061	0.349	0.446
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.032	0.006	743	1066	0.947	0.191	0.020	0.044
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.458	0.024	1001	1431	1.504	0.052	0.411	0.506
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.576	0.020	1001	1431	1.287	0.035	0.536	0.616
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.072	0.015	401	530	1.032	0.205	0.042	0.101
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.232	0.022	401	530	0.956	0.094	0.188	0.275
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.134	0.017	401	530	0.892	0.126	0.100	0.168
Распространность анемии	0.576	0.036	375	499	1.280	0.062	0.505	0.647
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.950	0.007	1045	1419	1.005	0.008	0.936	0.965
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.043	0.011	342	463	0.920	0.253	0.021	0.064
Индекс массы тела более 25.0	0.375	0.024	342	463	0.910	0.064	0.327	0.423
Гипертензивные	0.065	0.015	338	643	1.124	0.233	0.034	0.095
Курят в настоящий момент	0.250	0.021	340	646	0.914	0.086	0.207	0.293
Знают пути распространения туберкулеза	0.550	0.039	340	646	1.443	0.071	0.472	0.628
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.288	0.032	340	646	1.309	0.112	0.224	0.352
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.004	0.004	262	504	0.990	0.994	0.000	0.011
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.600	0.031	340	646	1.160	0.051	0.538	0.662
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.757	0.028	340	646	1.215	0.037	0.701	0.814
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ И АБОРТОВ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн 10 лет)	2.964	0.220	НП	4027	1.402	0.074	2.525	3.403
Суммарный коэф. абортов (последние 10 лет)	1.141	0.196	НП	4027	1.163	0.172	0.749	1.532

НП = Не применим

Таблица В.8 Ошибки выборки для Восточного региона Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзвешенное (N)	Количество случаев: Взвешенное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит интервал: R-2SE	Доверит интервал: R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	0.345	0.024	1386	1518	1.859	0.069	0.297	0.392
Начальное/неполное среднее образование	0.089	0.009	1386	1518	1.173	0.101	0.071	0.107
Среднее образование	0.643	0.019	1386	1518	1.453	0.029	0.606	0.681
Средне-специальное образование	0.181	0.015	1386	1518	1.479	0.085	0.150	0.211
Высшее образование	0.087	0.013	1386	1518	1.724	0.150	0.061	0.113
Никогда не была замужем	0.246	0.011	1386	1518	0.981	0.046	0.223	0.269
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.713	0.011	1386	1518	0.896	0.015	0.691	0.734
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.143	0.013	1113	1219	1.253	0.092	0.117	0.170
Рожденные дети	2.083	0.042	1386	1518	0.833	0.020	2.000	2.167
Выжившие дети	1.917	0.039	1386	1518	0.873	0.021	1.838	1.996
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	4.216	0.114	261	290	1.159	0.027	3.988	4.445
Использовали любой метод контрацепции	0.871	0.009	1001	1082	0.828	0.010	0.854	0.889
Используют в настоящем любой метод	0.758	0.012	1001	1082	0.874	0.016	0.734	0.781
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.726	0.015	1001	1082	1.030	0.020	0.697	0.755
Используют в настоящем любой трад. метод	0.032	0.008	1001	1082	1.379	0.241	0.016	0.047
Используют в настоящем ВМС	0.626	0.015	1001	1082	0.955	0.023	0.597	0.656
Используют в настоящем презерватив	0.012	0.004	1001	1082	1.112	0.315	0.005	0.020
Используют в настоящем МЛА	0.030	0.006	1001	1082	1.115	0.202	0.018	0.042
Используют в настоящем прерванный акт	0.026	0.007	1001	1082	1.457	0.284	0.011	0.040
Индекс массы тела менее 18.5	0.090	0.013	1280	1419	1.543	0.148	0.063	0.117
Индекс массы тела более 25.0	0.235	0.018	1280	1419	1.570	0.077	0.199	0.271
Гипертензивные	0.057	0.010	1383	1513	1.531	0.168	0.038	0.076
Курят в настоящий момент	0.001	0.001	1386	1518	1.073	1.020	0.000	0.002
Знают пути распространения туберкулеза	0.576	0.019	1386	1518	1.419	0.033	0.538	0.614
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.277	0.018	1386	1518	1.489	0.065	0.241	0.313
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.047	0.008	1061	1146	1.263	0.174	0.031	0.064
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.346	0.018	1386	1518	1.431	0.053	0.309	0.382
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.529	0.023	1386	1518	1.685	0.043	0.484	0.575
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.057	0.009	856	792	0.905	0.153	0.040	0.075
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.257	0.027	856	792	1.565	0.106	0.203	0.311
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.055	0.012	856	792	1.245	0.212	0.032	0.079
Распространность анемии	0.463	0.023	830	779	1.235	0.050	0.418	0.509
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.966	0.005	1212	1337	1.013	0.005	0.955	0.976
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.028	0.008	461	519	1.084	0.295	0.011	0.044
Индекс массы тела более 25.0	0.244	0.024	461	519	1.218	0.099	0.196	0.292
Гипертензивные	0.055	0.009	464	664	0.820	0.158	0.038	0.073
Курят в настоящий момент	0.263	0.025	465	665	1.200	0.093	0.214	0.312
Знают пути распространения туберкулеза	0.556	0.038	465	665	1.635	0.068	0.480	0.631
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.261	0.017	465	665	0.819	0.064	0.228	0.294
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.005	0.005	353	497	1.349	0.992	0.000	0.016
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.556	0.032	465	665	1.370	0.057	0.493	0.620
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.661	0.032	465	665	1.459	0.049	0.597	0.725
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ И АБОРТОВ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн 10 лет)	2.709	0.159	Нп	4279	1.107	0.059	2.391	3.028
Суммарный коэф. абортов (последние 10 лет)	0.510	0.091	Нп	4279	1.207	0.179	0.327	0.693

НП = Не применим

Таблица В.9 Ошибки выборки для города Ташкента, Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стандартная ошибка (SE)	Количество случаев		Дизайн эффект (DEFT)	Относительная ошибка (SE/R)	Доверит интервал	
			Невзвешенное (N)	Взвешенное (WN)			R-2SE	R+2SE
ЖЕНЩИНЫ								
Городское местожительства	1.000	0.000	865	503	na	0.000	1.000	1.000
Начальное/неполное среднее образование	0.080	0.012	865	503	1.282	0.148	0.056	0.103
Среднее образование	0.357	0.022	865	503	1.328	0.061	0.314	0.400
Средне-специальное образование	0.284	0.019	865	503	1.243	0.067	0.246	0.323
Высшее образование	0.279	0.027	865	503	1.747	0.096	0.226	0.332
Никогда не была замужем	0.233	0.014	865	503	1.009	0.062	0.204	0.262
Замужем в настоящий момент(в союзе)	0.604	0.023	865	503	1.358	0.037	0.559	0.650
Возраст вступления в брак до 18 лет	0.113	0.011	718	418	0.944	0.099	0.091	0.135
Рожденные дети	1.631	0.051	865	503	1.053	0.032	1.528	1.734
Выжившие дети	1.580	0.049	865	503	1.058	0.031	1.482	1.679
Дети, рожденные женщинами 40-49 лет	2.591	0.124	226	132	1.318	0.048	2.342	2.839
Использовали любой метод контрацепции	0.755	0.025	524	304	1.314	0.033	0.706	0.805
Используют в настоящем любой метод	0.622	0.022	524	304	1.042	0.036	0.578	0.666
Используют в настоящем любой соврем.метод	0.558	0.024	524	304	1.088	0.042	0.510	0.605
Используют в настоящем любой трад. метод	0.064	0.014	524	304	1.325	0.221	0.036	0.093
Используют в настоящем ВМС	0.435	0.024	524	304	1.115	0.056	0.387	0.483
Используют в настоящем презерватив	0.072	0.014	524	304	1.268	0.199	0.043	0.101
Используют в настоящем МЛА	0.006	0.004	524	304	1.105	0.618	0.000	0.014
Используют в настоящем прерванный акт	0.018	0.006	524	304	1.055	0.338	0.006	0.031
Индекс массы тела менее 18.5	0.060	0.010	784	461	1.055	0.161	0.041	0.079
Индекс массы тела более 25.0	0.341	0.020	784	461	1.150	0.057	0.302	0.380
Гипертензивные	0.034	0.009	865	503	1.532	0.279	0.015	0.053
Курят в настоящий момент	0.031	0.007	865	503	1.131	0.217	0.017	0.044
Знают пути распространения туберкулеза	0.845	0.017	865	503	1.395	0.020	0.811	0.880
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.270	0.026	865	503	1.731	0.097	0.218	0.322
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.050	0.014	674	393	1.728	0.292	0.021	0.079
Знают использование презерватива предупреждает СПИД	0.671	0.020	865	503	1.263	0.030	0.631	0.712
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.706	0.017	865	503	1.108	0.024	0.672	0.740
ДЕТИ								
Вес/Росту (-2 CD ниже медианы)	0.173	0.029	361	218	1.426	0.168	0.115	0.231
Рост/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.116	0.014	361	218	0.820	0.121	0.088	0.145
Вес/Возраст (-2 CD ниже медианы)	0.038	0.008	361	218	0.805	0.208	0.022	0.054
Распространность анемии	0.198	0.027	379	231	1.271	0.136	0.144	0.252
Чистый коэффициент посещаемости (начальное/неполное среднее)	0.919	0.015	495	288	1.149	0.016	0.889	0.949
МУЖЧИНЫ								
Индекс массы тела менее 18.5	0.052	0.006	738	435	0.650	0.112	0.040	0.064
Индекс массы тела более 25.0	0.350	0.021	738	435	1.132	0.059	0.309	0.392
Hypertensive	0.124	0.009	777	198	0.761	0.073	0.106	0.142
Курят в настоящий момент	0.408	0.026	778	198	1.476	0.064	0.356	0.460
Знают пути распространения туберкулеза	0.755	0.021	778	198	1.364	0.028	0.713	0.797
Проблемы с зубами в последние 12 мес-в	0.400	0.021	778	198	1.182	0.052	0.359	0.442
БППП симптомы в последние 12 месяцев	0.006	0.003	592	150	1.048	0.573	0.000	0.012
Знают использование презерватива предупреждает СПИД		0.773	0.018	778	198	1.166	0.023	0.738
Знают ограничение сексуальных партнеров предупреждает СПИД	0.724	0.019	778	198	1.174	0.026	0.686	0.762
ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ И АБОРТОВ								
Суммарный коэф. рождаемости (последн 10 лет)	1.957	0.168	Нп	1424	1.221	0.086	1.621	2.292
Суммарный коэф. абортов (последние 10 лет)	0.984	0.190	Нп	1424	1.165	0.193	0.604	1.365

НП = Не применим

Таблица В.10 Ошибки выборки для биомаркеров в городе Ташкенте и Ферганской Области, Узбекистан 2002

Переменная	Значение (R)	Стан-дартная ошибка (SE)	Количество случаев: Невзве - шенное (N)	Количество случаев: Взвешен-ное (WN)	Дизайн эффект (DEFT)	Отно-сительная ошибка (SE/R)	Доверит интервал: R-2SE	Доверит интервал: R+2SE
ГОРОД ТАШКЕНТ, ЖЕНЩИНЫ 15-49 ЛЕТ								
Общий холестерин ≥240 mg/dl	0.018	0.003	702	412	0.686	0.190	0.011	0.025
Средняя Общего холестерина	156.556	1.241	702	412	1.018	0.008	154.074	159.037
Триглицериды ≥200 mg/dl	0.111	0.013	702	412	1.062	0.114	0.085	0.136
Положительный тест на Гепатит Б	0.026	0.006	702	412	1.016	0.233	0.014	0.039
Гемоглобин A1c ≥8.0%	0.007	0.003	701	412	1.008	0.445	0.001	0.014
Положительный тест на хламидии	0.095	0.012	610	353	1.017	0.127	0.071	0.119
ГОРОД ТАШКЕНТ, МУЖЧИНЫ 15-59 ЛЕТ								
Общий холестерин ≥240 mg/dl	0.024	0.006	614	159	1.009	0.258	0.012	0.037
Средняя Общего холестерина	156.140	1.252	614	159	0.891	0.008	153.636	158.644
Триглицериды ≥200 mg/dl	0.215	0.018	614	159	1.065	0.082	0.180	0.251
Положительный тест на Гепатит Б	0.056	0.008	614	159	0.813	0.135	0.041	0.071
Гемоглобин A1c ≥8.0%	0.028	0.007	615	159	1.017	0.241	0.015	0.042
ГОРОД ТАШКЕНТ, ДЕТИ ДО 5 ЛЕТ								
Свинец крови ≥10.0 µg/dl	0.061	0.020	378	230	1.450	0.332	0.020	0.101
ФЕРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ, ДЕТИ ДО 5 ЛЕТ								
Витамин A								
Любой дефицит (<20.0 µg/dl)	0.531	0.046	633	476	1.626	0.086	0.440	0.622
Умеренный дефицит (10.0-19.9 µg/dl)	0.437	0.037	633	476	1.373	0.084	0.363	0.511
Тяжелый дефицит (<10.0 µg/dl)	0.094	0.028	633	476	1.523	0.296	0.038	0.150

ТАБЛИЦЫ КАЧЕСТВА ДАННЫХ *Приложение* C

Таблица C.1 Распределение членов домовладений по возрасту

Повозрастное распределение членов домовладений в зависимости от пола (взвешенное), Узбекистан 2002

Воз-раст	Мужчины		Женщины		Возраст	Мужчины		Женщины	
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент		Кол-во	Процент	Кол-во	Процент
0	268	2.5	237	2.1	37	129	1.2	118	1.1
1	235	2.2	197	1.8	38	119	1.1	132	1.2
2	306	2.8	260	2.3	39	127	1.2	157	1.4
3	290	2.7	231	2.1	40	134	1.2	117	1.0
4	305	2.8	323	2.9	41	113	1.0	141	1.3
5	304	2.8	268	2.4	42	136	1.3	125	1.1
6	237	2.2	227	2.0	43	126	1.2	131	1.2
7	231	2.1	254	2.3	44	100	0.9	122	1.1
8	266	2.5	256	2.3	45	122	1.1	127	1.1
9	274	2.5	242	2.2	46	96	0.9	111	1.0
10	268	2.5	279	2.5	47	80	0.7	104	0.9
11	295	2.7	287	2.6	48	81	0.7	72	0.6
12	304	2.8	291	2.6	49	80	0.7	57	0.5
13	251	2.3	299	2.7	50	74	0.7	138	1.2
14	324	3.0	334	3.0	51	57	0.5	85	0.8
15	255	2.4	230	2.1	52	75	0.7	100	0.9
16	244	2.3	230	2.1	53	68	0.6	56	0.5
17	218	2.0	246	2.2	54	55	0.5	63	0.6
18	204	1.9	203	1.8	55	54	0.5	71	0.6
19	186	1.7	213	1.9	56	35	0.3	55	0.5
20	176	1.6	233	2.1	57	27	0.2	35	0.3
21	208	1.9	222	2.0	58	23	0.2	42	0.4
22	202	1.9	211	1.9	59	14	0.1	23	0.2
23	173	1.6	196	1.8	60	86	0.8	65	0.6
24	172	1.6	199	1.8	61	56	0.5	44	0.4
25	178	1.6	182	1.6	62	60	0.6	66	0.6
26	208	1.9	179	1.6	63	57	0.5	67	0.6
27	183	1.7	177	1.6	64	59	0.5	52	0.5
28	146	1.4	147	1.3	65	44	0.4	77	0.7
29	160	1.5	147	1.3	66	47	0.4	42	0.4
30	172	1.6	166	1.5	67	29	0.3	39	0.4
31	128	1.2	153	1.4	68	24	0.2	43	0.4
32	132	1.2	142	1.3	69	32	0.3	43	0.4
33	128	1.2	149	1.3	70+	389	3.6	440	3.9
34	109	1.0	136	1.2	Не знает/ пропущено	0	0.0	3	0.0
35	135	1.2	144	1.3					
36	118	1.1	141	1.3					
					Всего	10,800	100.0	11,194	100.0

Примечание: Население де-факто включает всех действительных членов домовладения и тех, кто провел предшествующую интервью ночь в домовладении.

Таблица С.2 Повозрастное распределение подлежащих исследованию и проинтервьюированных женщин

Процентное распределение де-факто членов домовладений женского пола 10-54 лет, проинтервьюированных женщин 15-49 лет, и процент подлежащих исследованию женщин, которые были проинтервьюированы (взвешенный), в зависимости от пятилетних возрастных групп, Узбекистан 2002

Возраст	Члены домовладения женского пола 10-54 лет	Проинтервьюированные женщины 15-49 лет		Процент соотв. критериям проинтервьюир. женщин
		Кол-во	Процент	
10-14	1,490	Нп	Нп	Нп
15-19	1,123	1,086	20.0	96.7
20-24	1,062	1,036	19.1	97.6
25-29	832	807	14.9	97.0
30-34	745	728	13.4	97.7
25-39	692	681	12.6	98.4
40-44	636	624	11.5	98.1
45-49	471	457	8.4	97.0
50-54	442	Нп	Нп	Нп
15-49	5,560	5,419	100.0	97.5

Примечание: Население de facto включает всех действительных и недействительных(гостей) членов домовладения, кто провел предшествующую интервью ночь в домовладении.
Нп = Не приемлимо

Таблица С.3 Полнота ответности

Процент пропущенных случаев (взвешенный) по некоторым показателям демографических характеристик и вопросов здоровья, Узбекистан 2002

Показатель	Исследуемая группа	Процент пропущенных случаев	Кол-во случаев
Дата рождения	Родившиеся за последние 15 лет		
Месяц только		0.05	7,898
Месяц и год		0.01	7,898
Возраст на момент смерти	Случаи смерти за последние 15 лет	0.00	562
Возраст/дата вступления в первый брак[1]	Состоявшие в браке женщины 15-49 лет	0.01	4,042
Образование респондента	Все женщины 15-49 лет	0.00	5,463
Антропометрия	Живые дети в возрасте 0-59 месяцев (из анкеты домовладения)		
Рост		3.24	2,622
Вес		3.19	2,622
Рост или вес		3.24	2,622

[1] Год и возраст пропущены

Таблица С.4 Количество родившихся по календарным годам

Количество родившихся, процент с полной датой рождения, соотношение по полу при рождении, и соотношение по календарному году, в зависимости от статуса выживания, и общее количество (взвешенное), Узбекистан 2002

	Количество рождений			Процент с полной датой рождения			Соотношение по полу при рождении			Соотношение по календарному году		
Год	Живые	Мертвые	Всего	Живые	Мертвые	Всего	Живые	Мертвые	Всего	Живые	Мертвые	Всего
2001	428	26	454	100.0	100.0	100.0	107.1	219.7	111.4	Нп	Нп	Нп
2000	497	29	525	100.0	97.5	99.9	128.6	120.6	128.1	Нп	Нп	Нп
1999	434	34	468	100.0	100.0	100.0	118.3	66.3	113.5	92.7	100.5	93.2
1998	440	38	478	100.0	100.0	100.0	88.2	123.8	90.6	94.2	102.2	94.8
1997	499	41	540	100.0	100.0	100.0	110.6	105.8	110.2	111.1	90.2	109.2
1996	459	53	512	99.5	100.0	99.5	102.0	219.7	110.0	93.7	128.6	96.4
1995	480	41	521	100.0	100.0	100.0	97.6	132.9	100.0	103.9	97.5	103.4
1994	465	32	497	100.0	100.0	100.0	96.1	177.6	99.8	93.8	76.5	92.5
1993	511	42	553	100.0	100.0	100.0	114.1	68.3	109.8	103.7	108.3	104.1
1992	521	45	566	100.0	100.0	100.0	115.8	146.1	118.0	99.2	105.3	99.6
1997-2001	2,298	167	2,465	100.0	99.6	100.0	110.1	113.9	110.4	Нп	Нп	Нп
1992-1996	2,436	213	2,649	99.9	100.0	99.9	105.2	139.5	107.6	Нп	Нп	Нп
1987-1991	2,575	186	2,761	99.9	99.6	99.9	96.5	122.5	98.0	Нп	Нп	Нп
1982-1986	1,821	184	2,004	100.0	97.3	99.7	100.5	119.9	102.1	Нп	Нп	Нп
< 1982	1,288	219	1,507	99.9	99.1	99.8	108.8	135.7	112.3	Нп	Нп	Нп
Всего	10,418	969	11,387	99.9	99.1	99.9	103.6	126.8	105.4	Нп	Нп	Нп

Нп = Не приемлимо

Таблица С.5 Информация о возрасте на момент смерти в днях

Распределение сообщенных смертей в возрасте до одного месяца в зависимости от возраста на момент смерти в днях, и процент случаев неонатальной смертности в возрасте 0-6 дней за пятилетние периоды рождений, предшествовавше исследованию (взвешенный), Узбекистан 2002

Возраст на момент смерти (дни)	Количество лет перед исследованием				Всего 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	8	6	1	7	23
1	16	31	19	11	77
2	1	10	6	7	24
3	11	15	13	8	47
4	1	2	6	1	9
5	4	1	4	1	10
6	6	1	2	3	12
7	4	11	4	2	21
8	2	1	0	0	3
9	1	2	3	1	7
10	2	3	3	3	11
11	1	0	1	2	5
12	0	0	2	1	2
13	0	0	2	0	2
15	3	0	4	0	6
16	0	1	0	0	2
17	0	2	3	0	5
18	2	2	0	0	4
20	2	4	4	1	11
21	2	0	0	0	2
22	5	0	0	0	5
23	1	0	0	2	4
24	0	2	0	0	2
25	3	0	0	0	3
27	0	0	0	2	2
28	1	0	0	0	1
29	0	2	0	0	2
30	0	0	1	0	1
Всего 0-30	79	92	77	53	301
Процент случаев ранней неонатальной смертности	60	70	67	74	67

Таблица С.6 Информация о возрасте на момент смерти в месяцах

Распределение сообщенных смертей в возрасте до двух лет в зависимости от возраста на момент смерти в месяцах, и процент случаев детской смертности в возрасте до одного месяца, за пятилетние периоды рождений, предшествовавше исследованию, Узбекистан 200

Возраст на момент смерти (месяцы)	Количество лет перед исследованием				Всего
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	79	92	77	53	301
1	16	11	9	8	44
2	8	9	10	9	36
3	4	7	8	10	29
4	2	4	5	5	16
5	5	4	8	4	21
6	6	16	10	9	42
7	9	4	6	3	22
8	3	10	3	5	21
9	5	4	5	5	19
10	0	2	1	1	5
11	4	6	4	14	28
12	1	3	3	8	16
13	0	0	1	1	3
14	2	2	5	2	11
15	0	0	1	0	1
16	0	1	0	2	4
18	3	7	2	6	18
19	0	0	1	0	1
20	0	0	0	2	2
21	0	1	0	0	1
22	0	0	1	0	1
23	1	0	2	0	3
24+	1	0	0	0	1
1 год	2	2	3	3	9
Всего 0-11	141	169	147	126	583
Процент случаев неонатальной смертности	56	54	53	42	52

ЛИЦА, ПРИНИМАВШИЕ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА 2002 *Приложение* D

Национальный Директор
Министерство здравоохранения, Республика Узбекистан
Др. Назиров Феруз Гафурович, Министр

Технические Директора
Др. Муталова Зулхумор Джалаловна
Др.Саидкасым Арипов

Координаторы Контроля качества
Др. Бекбаулиева Гулистон
Др. Исламова Озода

Руководители полевых работ
Алламуратов Комекбай -полевой координатор
Атабай Собиров - полевой координатор
Обидов Махмуд - полевой координатор
Овчинникова Валентина - полевой координатор
Хусанов Шавкат- полевой координатор
Насиров Абдурахмат- полевой координатор
Маманазарова Донохон - полевой координатор

Сотрудники Макро-Интернешнл
Др. Джеремая М. Салливан – технический директор
Др. Грегори Паппас – заместитель директора по здравоохранению
Др. Гульнара Семёнова – специалист по здравоохранению
Джасбир Сангха – специалист по биомаркерам
Холли Ньюби – демограф
Ребекка Столлингс – специалист по здравоохранению
Александр Измухамбетов – специалист по обработке данных
Алфредо Алиага – специалист по статистической выборке
Руиллин Рен – специалист по статистической выборке
Николай Белдеску – консультант
Сидней Мур – редактор
Кей Митчелл – специалист по печати
Кэтрин А.Сензи – специалист по графикам
Ноа М. Бартлетт – специалист по графикам
Светлана Негрустуева – научный ассистент

Руководители отделов здравоохранения
М.С. Исломов – зам. Министра здравоохранения,
Начальник глав. управления здравоохранения г.Ташкента
М.Т. Турумбетова – Министр здравоохранения, Каракалпакстан
С.Н.Цой, Хорезмская область

А.М.Насыров, Навоийская область
Х.Р.Тошев, Бухарская область
Р.К.Рахманов, Кашкадарьинскаяобласть
Х.А.Абдуллаев, Сурхандарьинская область
М.М.Муслимов, Самаркандская область
Р.Д.Муминов, Джизакская область
Т.Б.Буранов, Сырдарьинская область
К.И.Акрамов, Ташкентская область
М.Т.Рахманов, Наманганская область
Д.У.Юлдашев, Ферганская область
А.О.Атаханов, Андижанская область

Лица занятые в опросе домовладений

Западный регион	**Центральный регион**	**Восточно – центральный регион**	**Восточный регион**	**город Ташкент**
Супервайзеры	**Супервайзер**	**Супервайзер**	**Супервайзер**	**Супервайзер**
А.Таджибаев З.Умирбекова	С. Хусанов	О. Магдалиев	К. Атабалаев М. Акбаров	М. Мамадалиева
Полевые редакторы	**Полевой редактор**	**Полевой редактор**	**Полевые редакторы**	**Полевой редактор**
Г. Бекбалиева М. Ахмедов	Л. Бурмистрова	Н. Файзиева	М. Абдуллаева М. Туйчиева	Д. Юсупов
Интервьюеры	**Интервьюеры**	**Интервьюеры**	**Интервьюеры**	**Интервьюеры**
Е. Бекбалиева К. Таджибаева Р. Юсупова Ю. Раджапова И. Таджибаев З. Тулаева Г. Кенжаева Д. Ахмедова А. Халилаев З. Арисланова	У. Азизова Н. Зангирова С. Шамсуддинова Ф. Хусанова А. Кучкаров	М. Арипова Н. Аббасова А. Гумирова Д. Якубова К. Эрматов	М. Юнусова М. Муратова А. Алимова М .Азизова И. Надыров Д. Болтаева С. Куролова Р. Эшанова Н. Джурабаева Г. Нишанов	С. Ибрагимова Ж. Зуфарова Р. Рахманова С. Никадамбаев И. Никадамбаев Б. Ахмедов
Мед.техники	**МЕД.ТЕХНИК**	**Мед.техник**	**Мед.техники**	**Мед.техники**
Н. Пирназарова И. Усманов	А. Фасилов	Л. Тулаева	Б. Худайбергенов А. Лим К. Абсотаров	Н. Мухамедова Г. Ахатова Ф. Юсупова С. Муталова

Группа компьютерной обработки результатов исследования

Е. Абдурашитова
С. Арифов
Х. Салихов
Г. Фимушина
О. Кашенова
М. Кадырова
О. Кирилова
М. Гафурова
Д. Юлдашева
Н. Маковей
А. Прашева
У. Тогаев
М. Леднева
Л. Киндербаева
Н. Махмудова

АНКЕТЫ *ПРИЛОЖЕНИЕ* **E**

АНКЕТА ДОМОВЛАДЕНИЯ
ЗАПИСЬ БИОМАРКЕРОВ
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА ЖЕНЩИН
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА МУЖЧИН

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА

НАЗВАНИЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА ____________________

ИМЯ ГЛАВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ____________________

НОМЕР КЛАСТЕРА .... ☐☐☐

НОМЕР ДОМОХОЗЯЙСТВА .... ☐☐

ОБЛАСТЬ .... ☐☐

РАЙОН .... ☐☐☐

МАХАЛЛЯ/СЕЛЬСКИЙ СХОД .... ☐☐☐

ГОРОД/СЕЛО (ГОРОД=1, СЕЛО=2) .... ☐

БОЛЬШОЙ ГОРОД/НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД/ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА/СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ............ (БОЛЬШОЙ ГОРОД=1, НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД=2, ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА=3, СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ=4) ☐

ДОМОХОЗЯЙСТВО ОТОБРАНО ДЛЯ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ МУЖЧИН (ДА=1, НЕТ=2) .... ☐

ВИЗИТЫ ИНТЕРВЬЮРА	1	2	3	ПОСЛЕДНИЙ ВИЗИТ
ДАТА	______	______	______	ДЕНЬ ☐☐ МЕСЯЦ ☐☐ ГОД 2 0 0 2
ИМЯ ИНТЕРВЬЮЕРА	______	______	______	ИМЯ ☐☐
РЕЗУЛЬТАТ*	______	______	______	РЕЗУЛЬТАТ ☐
СЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ: ДАТА И ВРЕМЯ				ОБЩЕЕ ЧИСЛО ВИЗИТОВ ☐

ВИЗИТЫ ЛАБОРАНТОВ	1	2	3	ПОСЛЕДНИЙ ВИЗИТ
ДАТА	______	______	______	ДЕНЬ ☐☐ МЕСЯЦ ☐☐ ГОД 2 0 0 2
ИМЯ ЛАБОРАНТА	______	______	______	ИМЯ ☐☐
РЕЗУЛЬТАТ*	______	______	______	РЕЗУЛЬТАТ ☐
СЛЕДУЮЩИЙ ВИЗИТ: ДАТА И ВРЕМЯ				ОБЩЕЕ ЧИСЛО ВИЗИТОВ ☐

*КОДЫ РЕЗУЛЬТАТА:
1 ВЫПОЛНЕНО
2 ВО ВРЕМЯ ПОСЕЩЕНИЯ НИКОГО ИЗ ЧЛЕНОВ ДОМОХОЗЯЙСТВА ДОМА НЕ БЫЛО ИЛИ НЕ БЫЛО КОМПЕТЕНТНОГО РЕСПОНДЕНТА
3 ВСЕ ЧЛЕНЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ОТСУТСТВУЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ
4 ОТЛОЖЕНО
5 ОТКАЗАНО В ИНТЕРВЬЮ
6 ЖИЛИЩЕ ПУСТУЕТ ЛИБО АДРЕС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЖИЛИЩЕМ
7 ДОМ РАЗРУШЕН
8 ДОМ НЕ НАЙДЕН
9 ДРУГОЕ ____________________ (УКАЗАТЬ)

ВСЕГО ЧЕЛОВЕК В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ ☐☐	ВСЕГО ПОДХОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ☐☐
ВСЕГО ПОДХОДЯЩИХ МУЖЧИН ☐☐	НОМЕР СТРОКИ РЕСПОНДЕНТА АНКЕТЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ☐☐

СУПЕРВИЗОР	ПОЛЕВОЙ РЕДАКТОР	РЕДАКТОР В ОФИСЕ	ОПЕРАТОР
ИМЯ ______ ДАТА ______ ☐☐	ИМЯ ______ ДАТА ______ ☐☐	☐☐	☐☐

ОПИСЬ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Теперь нам нужна информация о людях, которые обычно живут в Вашем домохозяйстве или сейчас гостят у Вас

№ СТРОКИ	ОБЫЧНЫЕ ЖИТЕЛИ И ГОСТИ	ОТНОШЕНИЕ К ГЛАВЕ ДОМОХОЗЯЙСТВА*	ПОЛ	ПРОЖИВАНИЕ		ВОЗРАСТ	ПРИЕМЛЕМОСТЬ		
	Пожалуйста, назовите мне имена всех людей, которые обычно живут в вашем домохозяйстве и гостей, которые ночевали у Вас прошлой ночью, начиная с главы домохозяйства.	Каково отношение (ИМЯ) к главе домохозяйства	(ИМЯ) мужчина или женщина ?	Живет ли обычно (ИМЯ) здесь?	(ИМЯ) ночевал здесь прошлой ночью?	Сколько лет (ИМЯ)?	ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НОМЕР СТРОКИ ВСЕХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 15-49 ЛЕТ	ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НОМЕР СТРОКИ ВСЕХ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 15-59 ЛЕТ	ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ НОМЕР СТРОКИ ВСЕХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 6 ЛЕТ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
			М Ж	ДА НЕТ	ДА НЕТ	В ГОДАХ			
01		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	01	01	01
02		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	02	02	02
03		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	03	03	03
04		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	04	04	04
05		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	05	05	05
06		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	06	06	06
07		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	07	07	07
08		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	08	08	08
09		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	09	09	09
10		☐☐	1 2	1 2	1 2	☐☐	10	10	10

* КОДЫ ДЛЯ ВОПР.3 ОТНОШЕНИЕ К ГЛАВЕ ДОМОХОЗЯЙСТВА:
01 = ГЛАВА
02 = ЖЕНА ИЛИ МУЖ
03 = СЫН ИЛИ ДОЧЬ
04 = ЗЯТЬ ИЛИ НЕВЕСТКА
05 = ВНУК/ВНУЧКА
06 = РОДИТЕЛЬ
07 = СВЕКР/СВЕКРОВЬ/ ТЕСТЬ/ТЕЩА
08 = БРАТ ИЛИ СЕСТРА
10 = ДРУГОЙ/АЯ РОДСТВЕННИК/ЦА
11 = ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК, ПАДЧЕРИЦА/ ПАСЫНОК
12 = НЕ РОДСТВЕННИК/ЦА
98 = НЕ ЗНАЮ

№ СТРОКИ	СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ И МЕСТОЖИТЕЛЬСТВЕ ДЛЯ ЛИЦ МЛАДШЕ 15 ЛЕТ**				ОБРАЗОВАНИЕ ***						
		ЕСЛИ ЖИВА		ЕСЛИ ЖИВ	ЕСЛИ 5 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ		ЕСЛИ В ВОЗРАСТЕ 5-24 ГОДА				
	Жива ли родная мать (ИМЯ)?	Живет ли родная мать (ИМЯ) в данном домохозяйстве? ЕСЛИ ДА: Её имя? ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ МАТЕРИ	Жив ли родной отец (ИМЯ)?	Живет ли родной отец (ИМЯ) в данном домохозяйстве? ЕСЛИ ДА: Его имя? ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ ОТЦА	Посещал ли (ИМЯ) когда-либо школу?	Какого уровня образования (ИМЯ) достиг? Какой наивысший класс\курс\год (ИМЯ) завершил на этом уровне?	В настоящее время (ИМЯ) посещает учебное заведение?	В настоящем учебном году (ИМЯ) посещал учебное заведение какое-либо время?	Какой класс/курс и какой уровень образования посещает (ИМЯ) в настоящее время?	В прошлом учебном году (ИМЯ) посещал учебное заведение какое-либо время?	В том учебном году какой класс/курс и какой уровень образования (ИМЯ) посещал(а)?
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	ДА НЕТ НЗ		ДА НЕТ НЗ		ДА НЕТ	УРОВ КЛАСС	ДА НЕТ	ДА НЕТ	УРОВ КЛАСС	ДА НЕТ	УРОВ КЛАСС
01	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
02	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
03	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
04	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
05	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переходД 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
06	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
07	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переходД 18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
08	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
09	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переходД 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
10	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход 18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	

** ВОПР.10 ПО 13
ЭТИ ВОПРОСЫ ОТНОСЯТСЯ К БИОЛОГИЧЕСКИМ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА.

В ВОПР.11 И 13, ЗАПИШИТЕ '00' ЕСЛИ РОДИТЕЛЬ НЕ ЗАПИСАН В ОПИСИ ДОМОХОЗЯЙСТВА.

***КОДЫ К ВОПР. 15, 18 И 20

УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ:
1 = ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ НАЧАЛЬНАЯ ШКОЛА (1-8 КЛАСС)
2 = ОБШИЕ СТАРШИЕ КЛАССЫ (9-ЫЙ И ДАЛЕЕ)
3 = ПТУ, СПТУ
4 = ТЕХНИКУМ
5 = УНИВЕРСТИТЕТ, ИНСТИТУТ
8 = НЕ ЗНАЮ

ГОД/ КЛАСС/КУРС ОБУЧЕНИЯ:
00 = ЗАВЕРШЕНО МЕНЕЕ 1 ГОДА
98 = НЕ ЗНАЮ

№ СТРОКИ	ОБЫЧНЫЕ ЖИТЕЛИ И ГОСТИ	ОТНОШЕНИЕ К ГЛАВЕ ДОМОХОЗЯЙ-СТВА*	ПОЛ	ПРОЖИВАНИЕ		ВОЗРАСТ	ПРИЕМЛЕМОСТЬ		
	Пожалуйста, назовите мне имена всех людей, которые обычно живут в вашем домохозяйстве и гостей, которые ночевали у Вас прошлой ночью, начиная с главы домохозяйства.	Каково отношение (ИМЯ) к главе домохозяйства	(ИМЯ) мужчина или женщина ?	Живет ли обычно (ИМЯ) здесь?	(ИМЯ) ночевал здесь прошлой ночью?	Сколько лет (ИМЯ)?	ОБВЕДИТЕ КРУЖ-КОМ НОМЕР СТРОКИ ВСЕХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 15-49 ЛЕТ	ОБВЕДИ-ТЕ КРУЖ-КОМ НОМЕР СТРОКИ ВСЕХ МУЖЧИН В ВОЗ-РАСТЕ 15-59 ЛЕТ	ОБВЕДИ-ТЕ КРУЖ-КОМ НОМЕР СТРОКИ ВСЕХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 6 ЛЕТ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
			М Ж	ДА НЕТ	ДА НЕТ	В ГОДАХ			
11		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	11	11	11
12		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	12	12	12
13		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	13	13	13
14		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	14	14	14
15		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	15	15	15
16		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	16	16	16
17		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	17	17	17
18		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	18	18	18
19		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	19	19	19
20		[ ][ ]	1 2	1 2	1 2	[ ][ ]	20	20	20

* КОДЫ ДЛЯ ВОПР.3
ОТНОШЕНИЕ К ГЛАВЕ
ДОМОХОЗЯЙСТВА:
01 = ГЛАВА
02 = ЖЕНА ИЛИ МУЖ
03 = СЫН ИЛИ ДОЧЬ
04 = ЗЯТЬ ИЛИ НЕВЕСТКА
05 = ВНУК/ВНУЧКА
06 = РОДИТЕЛЬ
07 = СВЕКР/СВЕКРОВЬ/ ТЕСТЬ/ТЕЩА
08 = БРАТ ИЛИ СЕСТРА
10 = ДРУГОЙ/АЯ РОДСТВЕННИК/ЦА
11 = ПРИЕМНЫЙ РЕБЕНОК, ПАДЧЕРИЦА/ ПАСЫНОК
12 = НЕ РОДСТВЕННИК/ЦА
98 = НЕ ЗНАЮ

** ВОПР.10 ПО 13
ЭТИ ВОПРОСЫ ОТНОСЯТСЯ К БИОЛОГИЧЕСКИМ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА.

В ВОПР.11 И 13, ЗАПИШИТЕ '00' ЕСЛИ РОДИТЕЛЬ НЕ ЗАПИСАН В ОПИСИ ДОМОХОЗЯЙСТВА.

***КОДЫ К ВОПР. 15, 18 И 20

УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ:
1 = ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ НАЧАЛЬНАЯ ШКОЛА (1-8 КЛАСС)
2 = ОБШИЕ СТАРШИЕ КЛАССЫ (9-ЫЙ И ДАЛЕЕ)
3 = ПТУ, СПТУ
4 = ТЕХНИКУМ
5 = УНИВЕРСТИТЕТ, ИНСТИТУТ
8 = НЕ ЗНАЮ

ГОД/ КЛАСС/КУРС ОБУЧЕНИЯ:
00 = ЗАВЕРШЕНО МЕНЕЕ 1 ГОДА
98 = НЕ ЗНАЮ

№ СТРОКИ	СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ И МЕСТОЖИТЕЛЬСТВЕ ДЛЯ ЛИЦ МЛАДШЕ 15 ЛЕТ***				ОБРАЗОВАНИЕ ***						
	Жива ли родная мать (ИМЯ)?	ЕСЛИ ЖИВА Живет ли родная мать (ИМЯ) в данном домохозяйстве? ЕСЛИ ДА: Её имя? ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ МАТЕРИ	Жив ли родной отец (ИМЯ)?	ЕСЛИ ЖИВ Живет ли родной отец (ИМЯ) в данном домохозяйстве? ЕСЛИ ДА: Его имя? ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ ОТЦА	ЕСЛИ 5 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ Посещал ли (ИМЯ) когда-либо школу?	Какого уровня образования (ИМЯ) достиг? Какой класс\курс\год (ИМЯ) завершил на этом уровне?	ЕСЛИ В ВОЗРАСТЕ 5-24 ГОДА В настоящее время (ИМЯ) посещает учебное заведение?	В настоящем учебном году (ИМЯ) посещал учебное заведение какое-либо время?	Какой класс/курс и какой уровень образования посещает (ИМЯ) в настоящее время?	В прошлом учебном году (ИМЯ) посещал учебное заведение какое-либо время?	В том учебном году какой класс/курс и какой уровень образования (ИМЯ) посещал(а)?
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	ДА НЕТ НЗ		ДА НЕТ НЗ		ДА НЕТ	УРОВ КЛАСС	ДА НЕТ	ДА НЕТ	УРОВ КЛАСС	ДА НЕТ	УРОВ КЛАСС
11	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
12	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
13	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
14	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
15	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
16	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
17	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
18	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
19	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	
20	1 2 8		1 2 8		1 2 СЛЕД СТРОКА		1 2 переход18	1 2 переход 19		1 2 СЛЕД СТРОКА	

ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ ☐

Чтобы удостовериться, что я составил(а) полный список:

1)	Если еще кто-нибудь, например, маленькие дети или младенцы, которых мы не внесли в список?	ДА ☐ →	ВНЕСИТЕ КАЖДОГО В ТАБЛИЦУ	НЕТ ☐
2)	Кроме этого, есть ли другие люди, может быть, не члены семьи, такие как, квартиранты или друзья, которые обычно живут здесь?	ДА ☐ →	ВНЕСИТЕ КАЖДОГО В ТАБЛИЦУ	НЕТ ☐
3)	Есть ли здесь гости или временные посетители или кто-либо еще, кто ночевал предыдущую ночь и кого не внесли в список?	ДА ☐ →	ВНЕСИТЕ КАЖДОГО В ТАБЛИЦУ	НЕТ ☐

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
21A	Какой у Вас тип жилища—отдельная квартира, отдельный дом, часть дома или квартиры, ипи другой тип жилища? ЕСЛИ «ОТДЕЛЬНАЯ КВАРТИРА», СПРОСИТЕ: Эта квартира в многоэтажке, в жахтовском здании или в коттедже?	ОТДЕЛЬНАЯ КВАРТИРА МНОГОЭТАЖКА ....1 ЖАХТОВСКОЕ ЗДАНИЕ ....2 КОТТЕДЖ ....3 ОТДЕЛЬНЫЙ ДОМ ....4 ЧАСТЬ ДОМА ИЛИ КВАРТИРЫ....5 ДРУГОЕ ________ 6 (УКАЗАТЬ)	
21B	Владеете ли Вы или другой член домохозяйства этим жилищем?	ДА....1 НЕТ 2	
22A	Каков основной источник питьевой воды для членов Вашего домохозяйства?	ВОДОПРОВОДНАЯ ВОДА ВОДОПРОВОД В ЖИЛИЩЕ ....11 → 23 ВОДОПРОВОД ВО ДВОРЕ/УЧАСТКЕ ....12 → 23 УЛИЧНЫЙ ВОДОПРОВОД ....13 ВОДА ИЗ ОТКРЫТОГО КОЛОДЦА ОТКРЫТЫЙ КОЛОДЕЦ В ЖИЛИЩЕ 21 → 23 ОТКРЫТЫЙ КОЛОДЕЦ ВО ДВОРЕ/УЧАСТКЕ....22 → 23 ОБЩИЙ ОТКРЫТЫЙ КОЛОДЕЦ ....23 ВОДА ИЗ КРЫТОГО КОЛОДЦА ИЛИ СКВАЖИНЫ ЗАЩИЩЕННЫЙ КОЛОДЕЦ В ЖИЛИЩЕ....31 → 23 ЗАЩИЩЕННЫЙ КОЛОДЕЦ ВО ДВОРЕ/УЧАСТКЕ ....32 → 23 ОБЩИЙ ЗАЩИЩЕННЫЙ КОЛОДЕЦ 33 ПОВЕРХНОСТНАЯ ВОДА ЕСТЕСТВ. КЛЮЧЕВОЙ ИСТОЧНИК 41 РЕКА/РУЧЕЙ ....42 ПРУД/ОЗЕРО ....43 ЗАПРУДА/ИСК.ВОДОЕМ....44 ДОЖДЕВАЯ ВОДА....51 → 23 АВТОЦИСТЕРНА....61 ВОДА В БУТЫЛКЕ ....71 → 23 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ)	23 23 23 23 23 23 23 23
22B	Сколько времени у Вас занимает дойти туда, набрать воды и вернуться?	МИНУТ.... [ ][ ][ ] В ДОМЕ 996	
23	Какого рода туалет имеется в домохозяйстве?	УНИТАЗ С БАЧКОМ....11 УБОРНАЯ С ВЫГРЕБНОЙ ЯМОЙ ТРАДИЦИОННЫЙ ТУАЛЕТ С ЯМОЙ ....21 ВЕНТИЛИРУЕМАЯ БЛАГОУСТРОЕННАЯ УБОРНАЯ С ЯМОЙ ....22 НЕ ИМЕЕТСЯ/КУСТЫ/ПОЛЕ ....31 → 25 ДРУГОЕ________ 96 (УКАЗАТЬ)	25
24	У Вас общий туалет с другими домохозяйствами?	ДА....1 НЕТ 2	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
25	Имеется ли в Вашем домохозяйстве в исправном работающем состоянии: Электричество? Кондиционер? Радио? Телевизор? Телефон? Холодильник? Посудомоечная машина? Морозильник? Стиральная машина? Пылесос? Магнитофон? Видеопроигрыватель? Видеокамера? Фотоаппарат? Спутниовая антенна? Швейная машинка? Вязальная машинка? Компьютер?	ДА НЕТ ЭЛЕКТРИЧЕСТВО ....1 2 КОНДИЦИОНЕР ....1 2 РАДИО ....1 2 ТЕЛЕВИЗОР ....1 2 ТЕЛЕФОН ....1 2 ХОЛОДИЛЬНИК ....1 2 ПОСУДОМОЕЧНАЯ МАШИНА ..1 2 МОРОЗИЛЬНИК............................1 2 СТИРАЛЬНАЯ МАШИНА.............1 2 ПЫЛЕСОС…...................................1 2 МАГНИТОФОН.............................1 2 ВИДЕОПРОИГРЫВАТЕЛЬ.........1 2 ВИДЕОКАМЕРА...........................1 2 ФОТОАППАРАТ...........................1 2 СПУТНИКОВАЯ АНТЕННА..........1 2 ШВЕЙНАЯ МАШИНКА.............1 2 ВЯЗАЛЬНАЯ МАШИНКА..............1 2 КОМПЬЮТЕР …............................1 2	
26	Какого рода топливо, в основном, используется в Вашем домохозяйстве для приготовления пищи?	ЭЛЕКТРИЧЕСТВО ....01 СЖИЖЕНЫЙ/ПРИРОДНЫЙ ГАЗ..........02 БИОГАЗ ....03 КЕРОСИН ....04 КАМЕННЫЙ/БУРЫЙ УГОЛЬ ....05 ДРЕВЕСНЫЙ УГОЛЬ............................06 ДРОВА, СОЛОМА ....07 КИЗЯК ....08 ДРУГОЕ ________________________ 96 (УКАЗАТЬ)	
27A	ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ СТЕН В МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ ЗАПИШИТЕ НАБЛЮДЕНИЯ	БЕТОН...…………………………………... 1 НЕОБОЖЖЕННЫЙ КИРПИЧ..................2 ОБОЖЖЕНЫЙ КИРПИЧ ....3 ГЛИНА..4 ДЕРЕВО ....5 ДРУГОЕ ________________________6 (УКАЗАТЬ)	
27B	ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛОВ ЗАПИШИТЕ НАБЛЮДЕНИЯ	ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПОЛ ЗЕМЛЯНОЙ/ПЕСЧАНЫЙ ....11 КИЗЯЧНЫЙ ....12 ЭЛЕМЕНТАРНЫЙ ПОЛ ДОЩАТЫЙ ....21 ПАЛЬМА/БАМБУК..............................22 ОТДЕЛАННЫЙ ПОЛ ПАРКЕТ ИЛИ ПОЛИРОВАННОЕ ДЕРЕВО ....31 ВИНИЛ ....32 КЕРАМИЧЕСКАЯ ПЛИТКА................33 ЦЕМЕНТ ....34 КОВРОЛАН ....35 ДРУГОЕ ________________________ 96 (УКАЗАТЬ)	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
28	Кто-нибудь из членов Вашего домохозяйства владеет: Велосипедом? Мотоциклом или мотороллером? Автомашиной или грузовиком? Жилым автоприцепом (дом-фургон)? Лодкой?	ДА НЕТ ВЕЛОСИПЕД..............................1 2 МОТОЦИКЛ/МОТОРОЛЛЕР ......1 2 МАШИНА/ГРУЗОВИК ....1 2 ДОМ-ФУРГОН ....1 2 ЛОДКА 1 2	
29	Вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства ездят отдыхать, по крайней мере, на одну неделю в году?	ДА...1 НЕТ 2	
30	Принимая во внимание Ваш нынешний доход, удается ли Вам и Вашим домочадцам сводить концы с концами: с большим трудом, с некоторым трудом, с небольшим трудом, довольно легко, легко, очень легко?	С БОЛЬШИМ ТРУДОМ ....1 С НЕКОТОРЫМ ТРУДОМ ....2 С НЕБОЛЬШИМ ТРУДОМ ....3 ДОВОЛЬНО ЛЕГКО ....4 ЛЕГКО ....5 ОЧЕНЬ ЛЕГКО ....6 НЕ ЗНАЮ...8	
31	В Вашем домохозяйстве в течение последних 12 месяцев были ли проблемы с оплатой за жилье, электричество, газ и т.д.?	ДА...1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ...8	
32	Были ли Вы или Ваши домочадцы вынуждены в течение последних 12 месяцев занимать деньги у друзей или родственников, чтобы свести концы с концами?	ДА...1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ...8	
33	Если бы Вы оказались в ситуации, когда Вам надо было бы достать 45 000 сум за неделю, Вы бы смогли это сделать?	ДА...1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ...8	 → 35 → 35
34	Если Вы смогли бы достать 45 000 сум за неделю, как бы Вы это сделали? ЗАПИШИТЕ ВСЕ ОТВЕТЫ.	ИЗ СОБСТВЕННЫХ СБЕРЕЖЕНИЙ..... A ЗАНЯЛ(А) У СЕМЬИ .... B ЗАНЯЛ(А) У ДРУЗЕЙ/РОДСТВЕННИКОВ ....C ЗАНЯЛ(А) В БАНКЕ .... D ДРУГОЕ ________________________ X (УКАЗАТЬ)	
35	Где вы обычно моете руки?	ДОМА/ВО ДВОРЕ/УЧАСТКЕ..................1 ГДЕ-ЛИБО ЕЩЕ ....2 НИГДЕ 3	 → КОНЕЦ (2, 3)
36	ПОПРОСИТЕ ПОКАЗАТЬ МЕСТО, ГДЕ ЛЮДИ МОЮТ РУКИ И ПОСМОТРИТЕ, ИМЕЮТСЯ ЛИ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕДМЕТЫ:	ДА НЕТ ВОДА/КРАН ....1 2 МЫЛО, ЗОЛА ИЛИ ДРУГОЕ МОЮЩЕЕ СРЕДСТВО 1 2 РУКОМОЙНИК С РАКОВИНОЙ 1 2	

БИОМАРКЕРЫ И ДРУГИЕ ИЗМЕРЕНИЯ

ИМЯ ИЗМЕРИТЕЛЯ: ____________________ ☐☐ ИМЯ АССИСТЕНТА: ____________________ ☐☐

ПРОВЕРЬ КОЛОНКУ 7 И 9: ЗАПИШИ НОМЕР СТРОКИ, ИМЯ И ВОЗРАСТ ВСЕХ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ ЖИЗНИ				ПРИГОДНОСТЬ НА ТЕСТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ* ДЛЯ ВСЕХ РЕГИОНОВ И ТАШКЕНТ (РОДИЛСЯ В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ)		ПРИГОДНОСТЬ ДЕТЕЙ НА ТЕСТ ВИТАМИНА А ** ТОЛЬКО ФЕРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ (6-59 МЕСЯЦЕВ)	
№СТРОКИ	ИМЯ РЕБЕНКА	ВОЗРАСТ	Скажите (ИМЯ) дату рождения? ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
(37)	(38)	(39)	(40)	(41)		(42)	
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2
☐☐		☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	1	2	1	2

***ВО ВСЕХ ДОМОХОЗЯЙСТВАХ, ДЕТИ С ДА (1) В КОЛОНКЕ 41 ПОДХОДЯТ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ РОСТА, ВЕСА, И ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА КРОВИ НА АНЕМИЮ. В ТАШКЕНТЕ У ЭТИХ ПОДХОДЯЩИХ ДЕТЕЙ БУДЕТ ПРОВЕДЕН АНАЛИЗ НА СВИНЕЦ.**

**** В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ТОЛЬКО: ВСЕ ДЕТИ ИМЕЮЩИЕ ДА (1) В КОЛОНКЕ 42 ПОДХОДЯТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВИТАМИН А. (ВНИМАНИЕ: ТОЛЬКО ЭТИ ПОДХОДЯЩИЕ ДЕТИ БУДУТ ЗАПИСЫВАТЬСЯ В ПОСЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ).**

ЧАСТЬ А: ВСЕ РЕГИОНЫ ВКЛЮЧАЯ ТАШКЕНТ И ФЕРГАНСКУЮ ОБЛАСТЬ

ИЗМЕРЕНИЕ ВЕСА И РОСТА У ДЕТЕЙ

ЛАБОРАНТ: В 42 И 43 ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ И ИМЯ КАЖДОГО РЕБЕНКА РОЖДЕННОГО В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ.
(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЕЕ 4 ЖИВЫХ ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ, ОТМЕТЬТЕ КЛЕТКУ ☐ И ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

	РЕБЕНОК 1	РЕБЕНОК 2	РЕБЕНОК 3	РЕБЕНОК 4
(43) НОМЕР СТРОКИ ИЗ КОЛОНКИ 9	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
(44) ИМЯ ИЗ КОЛОНКИ 2 ДЛЯ ДЕТЕЙ	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________
(45) ВЕС (в килограммах)	☐☐ . ☐	☐☐ . ☐	☐☐ . ☐	☐☐ . ☐
(46) РОСТ (в санитиметрах)	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐
(47) КАК ВЕС/РОСТ РЕБЕНКА БЫЛ ИЗМЕРЕН? ЛЕЖА ИЛИ СТОЯ?	**ЛЕЖА ……………………….. 1** СТОЯ ……………..……. 2	**ЛЕЖА ………...……………1** СТОЯ…….. ………………..……2	**ЛЕЖА ………………..………1** СТОЯ……. ………………… 2	**ЛЕЖА ……………...………1** СТОЯ ………………..…..2
(48) РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕН...…………………..…...1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ……….2 ОТКАЗАЛ……………...……..3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН...…………………..…...1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ……….2 ОТКАЗАЛ……………...……..3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН...…………………..…...1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ……….2 ОТКАЗАЛ……………...……..3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН...…………………..…...1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ……….2 ОТКАЗАЛ……………...……..3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)

ИЗМЕРЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ

(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЬШЕ ЧЕМ 4 ЖИВЫХ РЕБЕНКА РОЖДЕННЫХ В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ, ОТМЕТЬТЕ КЛЕТКУ ☐ И ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

	РЕБЕНОК 1	РЕБЕНОК 2	РЕБЕНОК 3	РЕБЕНОК 4
(49) ИМЯ	(ИМЯ) ________	(ИМЯ) ________	(ИМЯ) ________	(ИМЯ) ________
(50) НОМЕР СТРОКИ ИЗ КОЛОНКИ 1	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
(51) НОМЕР СТРОКИ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА. ЗАПИШИ '00' ЕСЛИ НЕ ПЕРЕЧИСЛЕНЫ В СПИСКЕ ДОМОХОЗЯЙСТВ	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
(52) ПРОЧТИТЕ РОДИТЕЛЮ/ОПЕКУНУ ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЯ И ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ КОД	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 48 В СЛЕД КОЛОНКУ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 48 В СЛЕД КОЛОНКУ	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 48 В СЛЕД КОЛОНКУ	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 48 В СЛЕД КОЛОНКУ
(53) ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	________	________	________	________
(54) ГЕМОГЛОБИН (Г/ДЛ)	☐☐.☐	☐☐.☐	☐☐.☐	☐☐ ☐
(55) РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______6 ______ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______6 ______ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______6 ______ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______6 ______ (УТОЧНИТЬ)

ИЗМЕРЕНИЕ ВЕСА И РОСТА ЖЕНЩИН (15-49 ЛЕТ)

ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ, ИМЯ И ВОЗРАСТ ВСЕХ ЖЕНЩИН 15-49 ЛЕТ.
(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЕЕ 4 ЖЕНЩИН В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ, ОТМЕТ□ТЕ КЛЕТКУ И ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

	ЖЕНЩИНА 1	ЖЕНЩИНА 2	ЖЕНЩИНА 3	ЖЕНЩИНА 4
(56) НОМЕР СТРОКИ ИЗ КОЛОНКИ 8	□□	□□	□□	□□
(57) ИМЯ ИЗ КОЛОНКИ 2	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________
(58) ВЕС (в килограммах)	□□□.□	□□□.□	□□□.□	□□□.□
(59) РОСТ(в санитиметрах)	□□□.□	□□□.□	□□□.□	□□□.□
(60) РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______ 6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______ 6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______ 6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ.......2 ОТКАЗАЛ.......3 ДРУГОЕ ______ 6 __________ (УТОЧНИТЬ)

ИЗМЕРЕНИЕ ВЕСА И РОСТА МУЖЧИН (15-59 ЛЕТ)

ЗАПИШИТЕ НОМЕР СТРОКИ, ИМЯ И ВОЗРАСТ ВСЕХ МУЖЧИН 15-59 ЛЕТ
(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЕЕ 4 МУЖЧИН В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ, ОТМЕТЬТЕ КЛЕТ☐ И ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

	МУЖЧИНА 1	МУЖЧИНА 2	МУЖЧИНА 3	МУЖЧИНА 4
(61) НОМЕР СТРОКИ ИЗ КОЛОНКИ 8А	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
(62) ИМЯ	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________
(63) ВЕС (в килограммах)	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐
(64) РОСТ(в санитиметрах)	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐	☐☐☐ . ☐
(65) РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕН.......................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ.........................3 ДРУГОЕ ____________6 ________________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ.........................3 ДРУГОЕ ____________6 ________________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ.........................3 ДРУГОЕ ____________6 ________________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН.......................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ.........................3 ДРУГОЕ ____________6 ________________ (УТОЧНИТЬ))

ЧАСТЬ В: ФЕРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ ТОЛЬКО*

СБОР ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ НА ВИТАМИН А

(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЬШЕ 4 ЖИВЫХ ДЕТЕЙ (6-59 МЕСЯЦЕВ), ОТМЕТИТЬ ☐ И ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

	РЕБЕНОК 1	РЕБЕНОК 2	РЕБЕНОК 3	РЕБЕНОК 4
(66) ИМЯ	(ИМЯ) ____________	(ИМЯ) ____________	(ИМЯ) ____________	(ИМЯ) ____________
(67) НОМЕР СТРОКИ ИЗ КОЛОНКИ 9	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
(68) ПРОБА ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	V ☐☐☐☐	V ☐☐☐☐	V ☐☐☐☐	V ☐☐☐☐
(69) ПРОЧТИТЕ РОДИТЕЛЮ/ОПЕКУНУ ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЯ И ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ КОД	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 65 В СЛЕД КОЛ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 65 В СЛЕД КОЛ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 65 В СЛЕД КОЛ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 65 В СЛЕД КОЛ.
(70) ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	____________	____________	____________	____________
(71) РЕЗУЛЬТАТ	СОБРАНО И ЗАПОЛНЕНО ....1 СОБРАНО И ЧАСТИЧНО ЗАПОЛНЕННО..........2 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ ......3 ОТКАЗАНО..........4 НЕ СМОГ НАЙТИ ВЕНУ..........5 РЕБЕНОК СОПРОТИВЛЯЛСЯ ....6 ДРУГОЕ ________7 ________ (УТОЧНИТЬ)	СОБРАНО И ЗАПОЛНЕНО ....1 СОБРАНО И ЧАСТИЧНО ЗАПОЛНЕННО..........2 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ ......3 ОТКАЗАНО..........4 НЕ СМОГ НАЙТИ ВЕНУ..........5 РЕБЕНОК СОПРОТИВЛЯЛСЯ ....6 ДРУГОЕ ________7 ________ (УТОЧНИТЬ)	СОБРАНО И ЗАПОЛНЕНО ....1 СОБРАНО И ЧАСТИЧНО ЗАПОЛНЕННО..........2 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ ......3 ОТКАЗАНО..........4 НЕ СМОГ НАЙТИ ВЕНУ..........5 РЕБЕНОК СОПРОТИВЛЯЛСЯ ....6 ДРУГОЕ ________7 ________ (УТОЧНИТЬ)	СОБРАНО И ЗАПОЛНЕНО ....1 СОБРАНО И ЧАСТИЧНО ЗАПОЛНЕННО..........2 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ ......3 ОТКАЗАНО..........4 НЕ СМОГ НАЙТИ ВЕНУ..........5 РЕБЕНОК СОПРОТИВЛЯЛСЯ ....6 ДРУГОЕ ________7 ________ (УТОЧНИТЬ)

* ДЛЯ АНТРОПОМЕТРИИ И АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ФОРМЫ В ЧАСТИ А: ВСЕ РЕГИОНЫ

ЧАСТЬ С: ТАШКЕНТ ТОЛЬКО

ИЗМЕРЕНИЕ СВИНЦА У ДЕТЕЙ*

(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЬШЕ 4 ЖИВЫХ ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ В 1997 ☐ И ПОЗЖЕ, ОТМЕТЬ И ИСПОЛЬЗУЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

	РЕБЕНОК 1	РЕБЕНОК 2	РЕБЕНОК 3	РЕБЕНОК 4
(72) ИМЯ	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________	(ИМЯ) __________
(73) НОМЕР СТРОКИ ИЗ КОЛОНКИ 9	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
(74) ПРОЧТИТЕ РОДИТЕЛЮ/ОПЕКУНУ ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЯ И ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ КОД	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 71 НА СЛЕД КОЛ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 71 НА СЛЕД КОЛ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 71 НА СЛЕД КОЛ.	ДАНО 1 ОТКАЗАНО 2 → ПЕРЕХОД 71 НА СЛЕД КОЛ.
(75) ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	__________	__________	__________	__________
(76) УРОВЕНЬ СВИНЦА (μг/дл)	☐☐.☐	☐☐.☐	☐☐.☐	☐☐.☐
(77) РЕЗУЛЬТАТ	ИЗМЕРЕН........................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ..........................3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН........................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ..........................3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН........................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ..........................3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)	ИЗМЕРЕН........................1 НЕ ПРИСУТСТВОВАЛ..........2 ОТКАЗАЛ..........................3 ДРУГОЕ __________6 __________ (УТОЧНИТЬ)

* ДЛЯ АНТРОПОМЕТРИИ И АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ФОРМЫ В ЧАСТИ А: ВСЕ РЕГИОНЫ

СБОР ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ТАШКЕНТЕ ТОЛЬКО

(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЕЕ 7 ВЗРОСЛЫХ (МУЖЧИН 15-59 ЛЕТ И ЖЕНЩИН 15-49 ЛЕТ), ОТМЕТИТЬ ☐ И ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ АНКЕТУ)

СТРОКА № (78)	ИМЯ (79)	ПРОБА ИДЕНТИФИКА-ЦИОННЫЙ НОМЕР (80)	ПОЛ (81)	ВОЗРАСТ (82)	СТРОКА №. РОДИТЕЛЯ/ВЗРОСЛОГО ОПЕКУНА. ЗАПИШИТЕ‘00’ ЕСЛИ НЕТ В СПИСКЕ ДОМОХОЗЯЙСТВ (83)	ПРОЧТИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЯ РОДИТЕЛЮ/ОПЕКУНУ ИЛИ ОТВЕСТВЕННОМУ ВЗРОСЛОМУ ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ КОД И ПОПРОСИТЕ ИХ ПОДПИСАТЬ (84)	ПРОБЫ СОБРАНЫ		ПРОБИРКА ЗАПОЛНЕНА		РЕЗУЛЬТАТ 1=СОБРАНО 2 = НЕТ ДОМА 3 = ОТКАЗАНО 4 = НЕ МОГЛИ НАЙТИ ВЕНУ 6 = ДРУГОЕ (87)
							КРАСНАЯ КРЫШКА (85A)	СИРЕНЕВ, КРЫШКА (85B)	КРАСН. КРЫШК (86A)	СИРЕНЕВ КРЫШКА (86B)	
☐☐	________	☐☐☐☐	М Ж 1 2	15-17 18+ 1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	ДАНО ОТКАЗАНО 1 2 ПОДПИСЬ РЕСП. СЛЕД СТРОКА	ДА НЕТ 1 2	ДА НЕТ 1 2	ДА НЕТ 1 2	ДА НЕТ 1 2	☐
☐☐	________	☐☐☐☐	1 2	1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	1 2 ПОДПИСЬ РЕСП СЛЕД ТРОКА	1 2	1 2	1 2	1 2	☐
☐☐	________	☐☐☐☐	1 2	1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	1 2 ПОДПИСЬ РЕСП СЛЕД СТРОКА	1 2	1 2	1 2	1 2	☐
☐☐	________	☐☐☐☐	1 2	1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	1 2 ПОДПИСЬ РЕСП СЛЕД СТРОКА	1 2	1 2	1 2	1 2	☐
☐☐	________	☐☐☐☐	1 2	1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	1 2 ПОДПИСЬ РЕСП СЛЕД СТРОКА	1 2	1 2	1 2	1 2	☐
☐☐	________	☐☐☐☐	1 2	1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	1 2 ПОДПИСЬ РЕСП СЛЕД СТРОКА	1 2	1 2	1 2	1 2	☐
☐☐	________	☐☐☐☐	1 2	1 2 ПЕРЕХОД 84	☐☐	1 2 ПОДПИСЬ РЕСП СЛЕД СТРОКА	1 2	1 2	1 2	1 2	☐

СБОР ВАГИНАЛЬНЫХ МАЗКОВ У БЫВШИХ ХОТЬ РАЗ ЗАМУЖЕМ ЖЕНЩИН В ТАШКЕНТЕ ТОЛЬКО

(ВНИМАНИЕ: ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ БОЛЕЕ 7 ХОТЬ КОГДА-ЛИБО БЫВШИХ ЗАМУЖЕМ ЖЕНЩИН 15-49 ЛЕТ, ОТМЕТЬТЕ ☐ И ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДРУГУЮ АНКЕТУ)

СТРОКА №. (88)	ИМЯ (89)	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (90)	ПРОБА ИДЕНТИФИКА-ЦИОННЫЙ НОМЕР (91)	ПРОЧТИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЯ ЖЕНЩИНЕ ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ КОД И ПОПРОСИТЕ ЕЕ ПОДПИСАТЬ (92)	РЕЗУЛЬТАТ 1=СОБРАНО 2 = НЕТ ДОМА 3 = ОТКАЗАНО 6 = ДРУГОЕ (93)
☐☐	______	ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ……………….2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88	☐☐☐☐	ДАНО 1 ↓ ОТКАЗАНО 2 ↓ СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА ______	☐
☐☐	______	ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ……………….2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88	☐☐☐☐	1 ↓ 2 ↓ СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА ______	☐
☐☐	______	ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ……………….2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88	☐☐☐☐	1 ↓ 2 ↓ СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА ______	☐

		ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ………………2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88		1 → СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА 2 →	
		ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ………………2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88		1 → СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА 2 →	
		ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ………………2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88		1 → СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА 2 →	
		ЗАМУЖЕМ……………...1 ВДОВА ………………2 В РАЗВОДЕ …………..3 НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ……………..4 ПЕРЕХОД 88		1 → СЛЕД ПОДПИСЬ РЕСПОНДЕНТА СТРОКА 2 →	

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА-2002
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА ЖЕНЩИН

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА	
НАЗВАНИЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА ______	
ИМЯ ГЛАВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ______	
НОМЕР КЛАСТЕРА	☐☐☐
НОМЕР ДОМОХОЗЯЙСТВА	☐☐
ОБЛАСТЬ	☐☐
РАЙОН	☐☐☐
МАХАЛЛЯ/СЕЛЬСКИЙ СХОД	☐☐☐
ГОРОДСКОЙ/СЕЛЬСКИЙ (ГОРОДСКОЙ=1, СЕЛЬСКИЙ=2)......	☐
БОЛЬШОЙ ГОРОД/НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД/ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА/СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ (БОЛЬШОЙ ГОРОД=1, НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД=2, ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА=3, СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ=4)	☐
ИМЯ ЖЕНЩИНЫ И НОМЕР СТРОКИ ______	☐☐

ВИЗИТЫ ИНТЕРВЬЮЕРА				
	1	2	3	ПОСЛЕДНИЙ ВИЗИТ
ДАТА	______	______	______	ДЕНЬ ☐☐ МЕСЯЦ ☐☐ ГОД 2 0 0 2
ИМЯ ИНТЕРВЬЮЕРА	______	______	______	ИМЯ ☐☐
РЕЗУЛЬТАТ*	______	______	______	РЕЗУЛЬТАТ ☐
СЛЕД. ВИЗИТ: ДАТА	______	______		ОБЩЕЕ ЧИСЛО ВИЗИТОВ ☐
ВРЕМЯ	______	______		
*КОД РЕЗУЛЬТАТА: 1 ВЫПОЛНЕНО 2 НЕТ ДОМА 3 ОТЛОЖЕНО	4 ПОЛУЧЕН ОТКАЗ 5 ВЫПОЛНЕНО ЧАСТИЧНО 6 НЕПРИМЕНИМО		7 ДРУГОЕ ______ (УКАЗАТЬ)	

	УЗБЕКСКИЙ	РУССКИЙ	ДРУГОЙ
1. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ПРОВОДИЛОСЬ ИНТЕРВЬЮ	1	2	3
2. РОДНОЙ ЯЗЫК РЕСПОНДЕНТА	1	2	3
	ДА	НЕТ	
3. БЫЛ ЛИ ПРИВЛЕЧЕН ПЕРЕВОДЧИК	1	2	

СУПЕРВИЗОР	ПОЛЕВОЙ РЕДАКТОР	РЕДАКТОР В ОФИСЕ	ОПЕРАТОР
ИМЯ ______ ☐☐	ИМЯ ______ ☐☐	☐☐	☐☐
ДАТА ______	ДАТА ______		

РАЗДЕЛ А:ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕСПОНДЕНТЕ И ЕЕ ЗДОРОВЬЕ

ЗНАКОМСТВО И СОГЛАСИЕ

ОСОЗНАННОЕ СОГЛАСИЕ

Здравствуйте. Меня зовут _________________________ я работаю в Министерстве Здравохранения. Мы проводим общенациональное обследование здоровья женщин, мужчин и детей. Мы были бы очень признательны, если бы Вы приняли участие в этом опросе. Я бы хотел(а) спросить Вас о вашем здоровье (и здоровье ваших детей). Результаты обследования будут использованы при планировании мер по оздоровлению населения. Интервью обычно занимает 45 минут-1 час. Результаты анкете конфеденциальны, и мы никому их не покажем.
Участие в обследовании добровольно, и Вы можете ответить на отдельный или на все вопросы. Тем не менее, мы надеемся, что вы примете участие в обследовании, так как ваше мнение очень важно для нас.
Позже, во время интервью, я бы хотел(а) измерить ваше давление и пульс. Мы проведем эту безобиднаую процедуру два раза во время интервью. Мы дадим вам результат этого теста после интервью, вместе с объяснением показателей вашего давления и пульса. Повышенное давление или пульс опасны для здоровья, поэтому очень важно знать ваши показатели. Мы дадим вам результат этого теста, но не сможем обеспечить Вас лекарствами или дальнейшими тестами или лечением. Вам была дана брошюра с объяснением медицинской части анкетирования. Пожалуйста, прочитайте ее перед тем, как лаборант придет собрать образцы, и подпишите форму, если Вы согласны участвовать в обследовании.

Есть ли у Вас сейчас вопросы про анкетирование? Могу ли я начать интервью?

Подпись интервьюера: ____ Дата: ________________________

РЕСПОНДЕНТ СОГЛАСНА НА ИНТЕРВЬЮ ....1 РЕСПОНДЕНТ НЕ СОГЛАСНА НА ИНТЕРВЬЮ ___ ......2 → КОНЕЦ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
A1	ЗАПИШИТЕ ВРЕМЯ.	ЧАСЫ .... [ ][ ] МИНУТЫ .... [ ][ ]	
A2	Сначала мне хотелось бы задать Вам несколько вопросов о Вас и Ваших домочадцах. До того, как Вам исполнилось 12 лет, Вы, в основном, жили в большом городе, маленьком городке или в сельской местности?	БОЛЬШОЙ ГОРОД..................................1 МАЛЕНЬКИЙ ГОРОД..............................2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
A3	Сколько времени Вы живете непрерывно в (НАЗВАНИЕ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ)? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИСАТЬ '00' ЛЕТ	ЛЕТ.. [ ][ ] ВСЕГДА ....95 ПРИЕХАЛА НАВЕСТИТЬ 96	→A5
A4	До того, как Вы переехали сюда, Вы жили в большом городе, маленьком городке или в сельской местности?	БОЛЬШОЙ ГОРОД..................................1 МАЛЕНЬКИЙ ГОРОД..............................2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
A5	В каком месяце и году Вы родились?	МЕСЯЦ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ МЕСЯЦА ....98 ГОД............................ [ ][ ][ ][ ] НЕ ЗНАЕТ ГОДА 9998	
A6	Сколько лет Вам исполнилось в Ваш последний день рождения? СРАВНИТЕ ОТВЕТЫ A5 И/ИЛИ A6 И ВНЕСИТЕ ИСПРАВЛЕНИЯ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО	ПОЛНЫХ ЛЕТ........................... [ ][ ]	
A7	Учились ли Вы когда-либо в учебном заведении?	ДА...1 НЕТ 2	→ A17

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
A8	Какой самый высокий уровень образовательного учреждения Вы посещали? ЗАДАЙТЕ ВОПРОС: начальное, среднее, ПТУ/СПТУ, техникум или высшее?	НАЧАЛЬНОЕ(1-8)....................................1 СРЕДНЕЕ(9-10).......................................2 ПТУ/СПТУ…………………………………3 ТЕХНИКУМ ....4 УНИВЕРСИТЕТ/ИНСТИТУТ...................5	
A9	Какого класса/курса/года Вы достигли на этом уровне?	КЛАСС/КУРС .... ☐☐	
A17	Каково Ваше вероисповедание? ЗАДАЙТЕ ВОПРОС: Вы мусульманка, христианка, исповедуете другую религию или Вы не религиозны?	МУСУЛЬМАНКА ....1 ХРИСТИАНКА ....2 НЕВЕРУЮЩАЯ ....3 ДРУГОЕ ___________________________ 6 (УКАЗАТЬ)	
A18	Какова ваша национальность? ЗАДАЙТЕ ВОПРОС: Вы узбечка, русская, каракалпачка, таджичка или представительница другой национальности?	УЗБЕЧКА ....1 РУССКАЯ ....2 КАРАКАЛПАЧКА ....3 ТАДЖИЧКА ....4 ДРУГОЕ ___________________________ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЕТ..8	
A29	В общем, можете ли Вы сказать, что Ваше здоровье: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ 5	
A30	Вспомните последние две недели, заканчивая вчерашним днем. Снизилась ли ваша активность по дому, на работе или в свободное время по сравнению с обычной по причине болезни или травмы?	ДА...1 НЕТ 2	→A33
A31	На сколько дней, в течение этих двух недель, включая субботы и воскресенья, Вам пришлось снизить свою активность?	ДНИ .... ☐☐	
A32	Сколько из этих дней Вы полностью или большей частью лежали в постели?	ДНИ .... ☐☐	

A33	Теперь я буду задавать вопросы о хронических заболеваниях. ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ A33a –e (ПЕРВЫЙ СТОЛБЕЦ). ЕСЛИ ‘ДА’ ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ A34-A36. ЕСЛИ ‘НЕТ’ ИЛИ ‘НЗ’ ПЕРЕЙДИТЕ ПО СТРЕЛКЕ. У Вас когда-либо в жизни были:		**A34.** Было ли это (СОСТОЯНИЕ) диагностировано врачом?	**A35.** Было ли у Вас это (СОСТОЯНИЕ) в течение последних 12 месяцев?	**A36**. Принимали ли Вы лекарства или лечились ли Вы по поводу этого (СОСТОЯНИЯ) в течение последних 12 месяцев?
a	Астма?	ДА.............................1 НЕТ ....2 НЗ.............................8 (ПЕРЕЙТИ К A33b)	ДА..........................1 НЕТ 2	ДА..........................1 НЕТ 2	ДА..........................1 НЕТ 2
b	Диабет?	ДА.............................1 НЕТ ....2 НЗ.............................8 (ПЕРЕЙТИ К A33c)	ДА..........................1 НЕТ 2	ДА..........................1 НЕТ 2	ДА..........................1 НЕТ 2
c	Хронический бронхит или эмфизема?	ДА.............................1 НЕТ ....2 НЗ.............................8 (ПЕРЕЙТИ К A33d)	ДА..........................1 НЕТ 2	ДА..........................1 НЕТ 2	ДА..........................1 НЕТ 2

A33	Теперь я буду задавать вопросы о хронических заболеваниях. ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ A33a –e (ПЕРВЫЙ СТОЛБЕЦ). ЕСЛИ 'ДА' ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ A34-A36. ЕСЛИ 'НЕТ' ИЛИ 'НЗ' ПЕРЕЙДИТЕ ПО СТРЕЛКЕ. У Вас когда-либо в жизни были:		**A34.** Было ли это (СОСТОЯНИЕ) диагностировано врачом?	**A35.** Было ли у Вас это (СОСТОЯНИЕ) в течение последних 12 месяцев?	**A36**. Принимали ли Вы лекарства или лечились ли Вы по поводу этого (СОСТОЯНИЯ) в течение последних 12 месяцев?
d	Хроническая депрессия?	ДА .... 1 НЕТ..................... 2 НЗ .... 8 (ПЕРЕЙТИ К A33e)	ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ 2
e	Какие-либо другие заболевания или состояния, которые продолжались более 3 месяцев? ЕСЛИ ДА, СПРОСИТЬ: Какие продолжительные заболевания или состояния? (МАКСИМУМ 3 ЗАБОЛЕВАНИЯ)	ДА .... 1 ________________ (УКАЗАТЬ) ________________ (УКАЗАТЬ) ________________ (УКАЗАТЬ) НЕТ..................... 2 (ПЕРЕЙТИ К B1)	ДА.........................1 НЕТ ....2 ДА.........................1 НЕТ ....2 ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ .... 2 ДА........................ 1 НЕТ .... 2 ДА........................ 1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ .... 2 ДА........................ 1 НЕТ .... 2 ДА........................ 1 НЕТ 2

РАЗДЕЛ В: РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
В1	Теперь я хотел(а) бы спросить у Вас о всех родах, которые Вы перенесли в течение всей Вашей жизни. Вы когда-либо рожали?	ДА.......1 НЕТ.......2	 →В6
В2	Есть ли у Вас сыновья или дочери, которых Вы родили, и которые сейчас живут с Вами?	ДА.......1 НЕТ.......2	 →В4
В3	Сколько сыновей живут с Вами? А сколько дочерей живут с Вами? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ '00'.	СЫНОВЬЯ ДОМА .... [ ][ ] ДОЧЕРИ ДОМА....... [ ][ ]	
В4	Есть ли у Вас сыновья или дочери, которых Вы родили, которые живы, но не живут с Вами?	ДА.......1 НЕТ.......2	 →В6
В5	Сколько сыновей живы, но не живут с Вами? А сколько дочерей живы, но не живут с Вами? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ '00'.	СЫНОВЬЯ ВНЕ ДОМА....... [ ][ ] ДОЧЕРИ ВНЕ ДОМА....... [ ][ ]	
В6	Были ли у Вас родные сыновья или дочери, которые родились живыми, но потом умерли? ЕСЛИ НЕТ, ПОПРОБУЙТЕ ЗАДАТЬ ВОПРОС СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: Был ли ребенок, который кричал или проявлял другие признаки жизни после родов, но не выжил?	ДА.......1 НЕТ.......2	 →В8
В7	Сколько мальчиков умерло? Сколько девочек умерло? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ '00'.	МАЛЬЧИКОВ УМЕРЛО....... [ ][ ] ДЕВОЧЕК УМЕРЛО .... [ ][ ]	
В7А	Были ли другие дети, которые родились живыми, но потом умерли через несколько минут, часов, дней?	ДА.......1 НЕТ.......2	 →В8
В7В	ИСПРАВЬТЕ В7 И ЗАТЕМ ПЕРЕЙДИТЕ К ВОПРОСУ В8.		
В8	СУММИРОВАТЬ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ В3, В5, И В7, И ВНЕСТИ СУММАРНУЮ ЦИФРУ. ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ '00'.	ВСЕГО .... [ ][ ]	
В9	ПРОВЕРЬТЕ В8: Чтобы удостовериться, что я правильно записал(а): в течение жизни у Вас было всего _______живорождений. Правильно? ДА [ ] ↓ НЕТ [ ] → ПЕРЕСПРОСИТЬ И ИСПРАВИТЬ В1-В8 ПО НЕОБХОДИМОСТИ		
В9А	Беременность иногда не завершается рождением живого ребенка. Иными словами, беременность может закончиться абортом, выкидышем или рождением мертвого ребенка. Сколько всего абортов у Вас было?	ВСЕГО АБОРТОВ....... [ ][ ]	
В9В	Сколько выкидышей?	ВСЕГО ВЫКИДЫШЕЙ. .... [ ][ ]	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
B9C	Сколько мертворождений	ВСЕГО МЕРТВОРОЖДЕНИЙ	
B9D	СУММИРОВАТЬ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ B8, B9A, B9B, B9C И ВНЕСТИ СУММАРНУЮ ЦИФРУ. ЕСЛИ НЕТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ЗАПИШИТЕ "00"	ВСЕГО БЕРЕМЕННОСТЕЙ	
B10	ПРОВЕРЬТЕ B9D ЕСЛИ НЕ БЫЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ ОДНА ИЛИ НЕСКОЛЬКО БЕРЕМЕНОСТЕЙ		B26

История беременностей

B11. Сейчас я хочу поговорить о каждой из Ваших беременностей, включая те, которые закончились живорождением, абортом, выкидышем или мертворождением. Начнем с Вашей последней беременности. Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы. ЗАПИШИТЕ ВСЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ДВОЙНИ И ТРОЙНИ ЗАПИШИТЕ ОТДЕЛЬНОЙ СТРОКОЙ

B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22	B23
Ваша (последняя/ предпоследняя/ и т.д.) беременность закончилась живорождением абортом, выкидышем или мертворождением?	В каком месяце и году (родился этот ребенок/ закончилась эта беременность)?	Между этой беременностью и той, которую мы только что обсуждали, не было других беременностей?	ПРОВЕРЬТЕ B12: ЗАПИШИТЕ ТОТЖЕ ОТВЕТ	Родился один ребенок или более?	Как назвали ребенка?	(ИМЯ) мальчик или девочка?	Жив ли (ИМЯ) сейчас?	Сколько исполнилось лет (ИМЯ) в его/ее последний день рождения? ЗАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ	Живет ли (ИМЯ) с Вами?	ЗАПИСАТЬ НОМЕР СТРОКИ РЕБЕНКА ИЗ ВОПРОСНИКА ДОМОХОЗЯЙСТВА ЗАПИСАТЬ '00' ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ВНЕСЕН В ВОПРОСНИК ДОМОХОЗЯЙСТВА	В каком возрасте умер(ла) (ИМЯ) ? ЕСЛИ '1ГОД.' УТОЧНИТЕ: Сколько было месяцев (ИМЯ) ЗАПИШИТЕ ДНИ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ МЕСЯЦА; МЕСЯЦЫ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ 2 ЛЕТ; ИЛИ ГОДЫ
01 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД		ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
02 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
03 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
04 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
05 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3

B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22	B23
Ваша (последняя/ предпоследняя/и т.д.) беременность закончилась живорождение мабортом, выкидышем или мертворождением?	В каком месяце и году (родился этот ребенок/ закончилась эта беременность)?	Между этой беременностью и той, которую мы только что обсуждали, не было других беременностей?	ПРОВЕРЬТЕ B12: ЗАПИШИТЕ ТОТЖЕ ОТВЕТ	Родился один ребенок или более?	Как назвали ребенка?	(ИМЯ) мальчик или девочка?	Жив ли (ИМЯ) сейчас?	Сколько исполнилось лет (ИМЯ) в его/ее последний день рождения? ЗАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ	Живет ли (ИМЯ) с Вами?	ЗАПИСАТЬ НОМЕР СТРОКИ РЕБЕНКА ИЗ ВОПРОСНИКА <u>ДОМОХОЗЯЙСТВА</u> ЗАПИСАТЬ '00' ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ВНЕСЕН В ВОПРОСНИК ДОМОХОЗЯЙСТВА	В каком возрасте умер(ла) (ИМЯ) ? ЕСЛИ '1ГОД.' УТОЧНИТЕ: Сколько было месяцев (ИМЯ) ЗАПИШИТЕ ДНИ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ МЕСЯЦА; МЕСЯЦЫ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ 2 ЛЕТ; ИЛИ ГОДЫ
06 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД .....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
07 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД .....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
08 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД .....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
09 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД .....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
10 ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ..............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД .....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3

B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22	B23
Ваша (последняя/ предпоследняя/и т.д.) беременность закончилась живорождение мабортом, выкидышем или мертворождением?	В каком месяце и году (родился этот ребенок/ закончилась эта беременность)?	Между этой беременностью и той, которую мы только что обсуждали, не было других беременностей?	ПРОВЕРЬТЕ B12: ЗАПИШИТЕ ТОТЖЕ ОТВЕТ	Родился один ребенок или более?	Как назвали ребенка?	(ИМЯ) мальчик или девочка?	Жив ли (ИМЯ) сейчас?	Сколько исполнилось лет (ИМЯ) в его/ее последний день рождения? ЗАПИШИТЕ КОЛИЧЕСТВО ПОЛНЫХ ЛЕТ	Живет ли (ИМЯ) с Вами?	ЗАПИСАТЬ НОМЕР СТРОКИ РЕБЕНКА ИЗ ВОПРОСНИКА ДОМОХОЗЯЙСТВА ЗАПИСАТЬ '00' ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ВНЕСЕН В ВОПРОСНИК ДОМОХОЗЯЙСТВА	В каком возрасте умер(ла) (ИМЯ) ? ЕСЛИ '1ГОД.' УТОЧНИТЕ: Сколько было месяцев (ИМЯ) ЗАПИШИТЕ ДНИ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ МЕСЯЦА; МЕСЯЦЫ, ЕСЛИ МЕНЬШЕ 2 ЛЕТ; ИЛИ ГОДЫ
11 ЖИВОРОЖД....1 АБОРТ.............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
12 ЖИВОРОЖД....1 АБОРТ.............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
13 ЖИВОРОЖД....1 АБОРТ.............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
14 ЖИВОРОЖД....1 АБОРТ.............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА............ 1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
15 ЖИВОРОЖД....1 АБОРТ.............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД	ДА........1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3
16 ЖИВОРОЖД....1 АБОРТ.............2 ВЫКИДЫШ.......3 МЕРТВОРОЖД 4	МЕСЯЦ ГОД.	ДА........1 НЕТ 2	ЖИВОРОЖД ....1 АБОРТ ....2 ВЫКИДЫШ ....3 МЕРТВОРОЖД ....4 СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ОДИН.... 1 БОЛЕЕ.. 2	ИМЯ	МАЛ .. 1 ДЕВ... 2	ДА........1 НЕТ .....2 → B23	ВОЗРАСТ В ГОДАХ	ДА........1 НЕТ 2	НОМЕР СТРОКИ → СЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	ДНИ .... 1 МЕСЯЦЫ .... 2 ГОДЫ 3

B24	СРАВНИТЕ B9D С КОЛИЧЕСТВОМ БЕРЕМЕННОСТЕЙ В ВЫШЕУКАЗАННОЙ ИСТОРИИ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И ОТМЕТЬТЕ: ЦИФРЫ ТЕ ЖЕ ☐ ЦИФРЫ РАЗНЫЕ ☐ → (УТОЧНИТЕ И СВЕРЬТЕ) ПРОВЕРЬТЕ: ДЛЯ КАЖДОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: ЗАПИСАН ЛИ ГОД РОЖДЕНИЯ ИЛИ ГОД ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ☐ ДЛЯ КАЖДОГО ЖИВОГО РЕБЕНКА: ЗАПИСАН ЛИ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА НА ДАННЫЙ МОМЕНТ ☐ ДЛЯ КАЖДОГО УМЕРШЕГО РЕБЕНКА: ЗАПИСАН ЛИ ВОЗРАСТ УМЕРШЕГО РЕБЕНКА НА МОМЕНТ СМЕРТИ. ☐ ЕСЛИ ВОЗРАСТ ПРИ СМЕРТИ 12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ 1 ГОД: ВЫЯСНИТЕ ТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ. ☐
B25	ПРОВЕРЬТЕ B13 И B19: ЗАПИСАТЬ КОЛИЧЕСТВО ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В 1997ГОДУ ИЛИ ПОЗЖЕ. ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИСАТЬ '0'. ☐

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
B26	Беременны ли Вы в настоящее время?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ УВЕРЕНА 8	 2, 8 → B51
B27	На каком месяце беременности?	МЕСЯЦЫ .... [ ][ ]	

Теперь я бы хотела спросить Вас о планировании семьи – различных методах и способах, которые используются парами для того, чтобы отстрочить или предотвратить наступление беременности.
ОБВЕДИТЕ КОД 1 В В51 ДЛЯ КАЖДОГО МЕТОДА УКАЗАННОГО СПОНТАННО. ЗАТЕМ ПРОДОЛЖИТЬ ВНИЗ ПО КОЛОННЕ В51, ПРОИЗНОСЯ НАЗВАНИЕ И ОПИСАНИЕ КАЖДОГО МЕТОДА, НЕ УКАЗАННОГО СПОНТАННО.
ОБВЕДИТЕ КОД 1, ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ ЗНАЕТ МЕТОД , И КОД 2, ЕСЛИ НЕТ. ЗАТЕМ, ДЛЯ КАЖДОГО МЕТОДА С КОДОМ 1 ОБВЕДЕННОГО В51, ЗАДАЙТЕ ВОПРОС В52.

В51	О каких методах и способах Вы слышали? ДЛЯ МЕТОДОВ, НЕ УКАЗАННЫХ СПОНТАННО, СПРОСИТЬ: Вы когда-либо слышали о (МЕТОД)?		В52 Вы когда-либо использовали (МЕТОД)?
01	ЖЕНСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ Женщине можеть быть сделана операция для того, чтобы не иметь больше детей.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	Была ли Вам сделана операция для того, чтобы не иметь больше детей? ДА........ 1 НЕТ 2
02	МУЖСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ Мужчине можеть быть сделана операция для того, чтобы не иметь больше детей.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	Были ли у Вас мужчина, который был прооперирован для того, чтобы не иметь больше детей? ДА........ 1 НЕТ 2
03	ТАБЛЕТКА Женщина может принимать таблетку каждый день, чтобы не забеременеть.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
04	ВМС Врач или медсестра может ввести женщине внутрь петлю или внутриматочную спираль.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
05	ИНЪЕКЦИИ Медицинский работник может ввести женщине инъекцию, которая предотвращает наступление беременности в течение 1-2 месяцев.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
06	ИМПЛАНТ Врач или медсестра может ввести женщине несколько небольших стержней в предплечье, что предохраняет от беременности в течение года или более.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
07	ПРЕЗЕРВАТИВ Мужчина может надеть резиновое покрытие на пенис перед половым актом.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
08	ЖЕНСКИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ Женщина может поместить резиновое покрытие во влагалище перед половым актом.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
09	ДИАФРАГМА Женщина может поместить тонкий гибкий диск во влагалище перед половым актом.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
10	ПЕНА ИЛИ ГЕЛЬ Женщина может поместить свечьку, гель или крем во влагалище перед половым актом.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
11	МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРРЕИ Вплоть до 6 месяцев после родов, женщина может использовать метод, заключающийся в частом кормлении грудью, днем и ночью, и когда ее менструация еще не вернулась.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
12	КАЛЕНДАРНЫЙ МЕТОД ИЛИ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕРЖАНИЕ Каждый месяц, во время половой активности, женщина может предотвратить наступление беременности, избегая полового акты в те дни, когда беременоость наиболее вероятна.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
13	ПРЕРВАННЫЙ АКТ Мужчины может быть аккуратным и извлечь пенис перед семяизвержением.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
14	ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ Женщина может принимать таблетки вплоть до трех дней после полового акта, чтобы не забеременеть.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 ↓	ДА........ 1 НЕТ 2
15	Вы слышали о других методах, которые женщина и мужчина могут использовать для предотвращения беременности?	ДА .... 1 ________ (УКАЗАТЬ) ________ (УКАЗАТЬ) НЕТ 2	ДА........ 1 НЕТ .... 2 ДА........ 1 НЕТ 2

B53	ОТМЕТЬТЕ B52:	
	НИ ОДНОГО "ДА" (НИКОГДА НЕ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ) ☐ ↓ ХОТЯ БЫ ОДНАЖДЫ "ДА" (КОГДА-ЛИБО ИСПОЛЬЗОВАЛИ) ☐ →	B57

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
B54	Вы когда-либо применяли что-либо или пробовали каким-либо способом отсрочить или предотвратить наступление беременности?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	 → C1
B56	Какой метод Вы использовали? ИСРАВЬТЕ B52 И B53 (И B51 ПО НЕОБХОДИМОСТИ).		
B57	Теперь я хотела бы спросить о первом разе, когда Вы применяли что-либо или пробовали каким-либо способом предотвратить наступление беременности. Сколько у Вас было детей в тот момент, если были вообще? ЕСЛИ НЕ БЫЛО, ЗАПИШИТЕ '00'.	ЧИСЛО ДЕТЕЙ ... ☐☐	
B58	ОТМЕТЬТЕ B1 (01): ЖЕНЩИНА НЕ СТЕРИЛИЗОВАНА ☐ ↓ ЖЕНЩИНА СТЕРИЛИЗОВАНА ☐ →		B61A
B59	ОТМЕТЬТЕ B26: НЕ БЕРЕМЕНА ИЛИ НЕ УВЕРЕНА ☐ ↓ БЕРЕМЕНА ☐ →		C1
B60	Делаете ли Вы что-либо или применяете какой-либо метод, чтобы отстрочить или предупредить наступление беременности?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	 → C1
B61 B61 A	Какой метод Вы применяете?[1] ОБВЕДИТЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖЕНЩИНОЙ. ОБВЕДИТЕ 'A' ДЛЯ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ.	ЖЕНСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ... A МУЖСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ... B ТАБЛЕТКИ ... C ВМС ... D ИНЪЕКЦИИ ... E ИМПЛАНТ ... F ПРЕЗЕРВАТИВ ... G ЖЕНСКИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ ... H ДИАФРАГМА ... I ПЕНА/ГЕЛЬ ... J ЛАКТАЦИОННАЯ АМЕНОРЕЯ ... K ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕРЖАНИЕ ... L ПРЕРВАННЫЙ АКТ ... M ДРУГОЕ ... X ______ (УКАЗАТЬ)	

РАЗДЕЛ C. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

C1	ПРОВЕРЬТЕ B25:	ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ ☐ ↓		НЕ ИМЕЕТСЯ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ ☐ → D1	
C2	ВНЕСИТЕ В ТАБЛИЦУ НОМЕР СТРОКИ, ИМЯ КАЖДОГО ЖИВОГО РЕБЕНКА, РОЖДЕННЫХ В 1997 ИЛИ ПОЗЖЕ. ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ ПО КАЖДОМУ ИЗ ЭТИХ ДЕТЕЙ. НАЧНИТЕ С САМОГО МЛАДШЕГО РЕБЕНКА. (ЕСЛИ ДЕТЕЙ БОЛЬШЕ 4-Х, ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ АНКЕТЫ). Теперь я хотел(а) бы задать Вам вопросы относительно здоровья всех Ваших детей, которым 5 лет или меньше. (Мы поговорим о каждом отдельно)				
C3	ВНЕСИТЕ НОМЕР СТРОКИ ИЗ B12	САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК НОМЕР СТРОКИ .... ☐☐	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК НОМЕР СТРОКИ .... ☐☐	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК НОМЕР СТРОКИ........... ☐☐	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК НОМЕР СТРОКИ......... ☐☐
C4	ВНЕСИТЕ ИМЯ ИЗ B17	ИМЯ ____________	ИМЯ ____________	ИМЯ ____________	ИМЯ ____________
C10	Следующие вопросы о курении. Вы курили сигареты, когда забеременели (ИМЯ)?	ДА ....1 (ПЕРЕЙТИ К C12) НЕТ 2	ДА ....1 (ПЕРЕЙТИ К C12) НЕТ 2	ДА ....1 (ПЕРЕЙТИ К C12) НЕТ 2	ДА ....1 (ПЕРЕЙТИ К C12) НЕТ 2
C11	Вы курили сигареты когда-либо в течение беременности (ИМЯ)?	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C17)	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C17)	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C17)	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C17)
C12	Вы прекращали курение на 7 дней или более в течение беременности (ИМЯ)?	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C15)	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C15)	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C15)	ДА ....1 НЕТ........2 (ПЕРЕЙТИ К C15)
C13	На каком месяце беременности Вы в первый раз прекратили курение на семь дней или более?	МЕСЯЦЕВ .... ☐☐	МЕСЯЦЕВ .... ☐☐	МЕСЯЦЕВ .... ☐☐	МЕСЯЦЕВ.......... ☐☐

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________
C14	Вы начали снова курить во время этой беременности, или Вы прекратили курение до конца беременности?	НАЧАЛА СНОВА....1 ПРЕКРАТИЛА КУРЕНИЕ ДО КОНЦА БЕРЕМЕННОСТИ....2 БРОСИЛА ОКОНЧАТЕЛЬНО....3 НЕ ЗНАЮ....8	НАЧАЛА СНОВА....1 ПРЕКРАТИЛА КУРЕНИЕ ДО КОНЦА БЕРЕМЕННОСТИ....2 БРОСИЛА ОКОНЧАТЕЛЬНО....3 НЕ ЗНАЮ....8	НАЧАЛА СНОВА....1 ПРЕКРАТИЛА КУРЕНИЕ ДО КОНЦА БЕРЕМЕННОСТИ....2 БРОСИЛА ОКОНЧАТЕЛЬНО....3 НЕ ЗНАЮ....8	НАЧАЛА СНОВА....1 ПРЕКРАТИЛА КУРЕНИЕ ДО КОНЦА БЕРЕМЕННОСТИ....2 БРОСИЛА ОКОНЧАТЕЛЬНО....3 НЕ ЗНАЮ....8
C15	Сколько ВСЕГО времени Вы курили в течение беременности (ИМЯ)?	ДНЕЙ....1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ....2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ....3 [ ][ ] ВСЮ БЕРЕМЕННОСТЬ....995	ДНЕЙ....1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ....2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ....3 [ ][ ] ВСЮ БЕРЕМЕННОСТЬ....995	ДНЕЙ....1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ....2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ....3 [ ][ ] ВСЮ БЕРЕМЕННОСТЬ....995	ДНЕЙ....1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ....2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ....3 [ ][ ] ВСЮ БЕРЕМЕННОСТЬ....995
C16	Сколько, примерно, сигарет в день Вы курили, когда Вы были беременны (ИМЯ) (в те дни, когда Вы курили)? ЕСЛИ ОТВЕТ ДАН В ПАЧКАХ, СПРОСИТЕ О КОЛИЧЕСТВЕ СИГАРЕТ В ПАЧКЕ И ПЕРЕСЧИТАЙТЕ В КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ.	МЕНЬШЕ 1 В ДЕНЬ....000 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....95	МЕНЬШЕ 1 В ДЕНЬ....000 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....95	МЕНЬШЕ 1 В ДЕНЬ....000 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....95	МЕНЬШЕ 1 В ДЕНЬ....000 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....95
C17	В первые 40 дней жизни (ИМЯ), находился (лась) ли он/а в одной комнате с кем-либо курящим?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C50)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C50)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C50)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C50)
C18	Сколько, примерно, часов в день или в неделю находился кто-либо курящий в одной комнате с (ИМЯ)? ЕСЛИ МЕНЕЕ 1 ЧАСА В НЕДЕЛЮ, ОБВЕДИТЕ КОД '2' И ЗАПИШИТЕ '00'.	ЧАСОВ В ДЕНЬ....1 [ ][ ] ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ....2 [ ][ ]	ЧАСОВ В ДЕНЬ....1 [ ][ ] ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ....2 [ ][ ]	ЧАСОВ В ДЕНЬ....1 [ ][ ] ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ....2 [ ][ ]	ЧАСОВ В ДЕНЬ....1 [ ][ ] ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ....2 [ ][ ]
C50	Вы когда-либо кормили грудью (ИМЯ)?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)
C51	Вы продолжаете кормить грудью (ИМЯ)?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8 (ПЕРЕЙТИ К C53)

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ________
C52	Всего, сколько раз днем и ночью вчера (ИМЯ) потреблял каждое из перечисленных:	ДА НЕТ НЗ	ДА НЕТ НЗ	ДА НЕТ НЗ	ДА НЕТ НЗ
a	Витамины, минеральные добавки или лекарства?	ВИТАМИНЫ 1 2 8	ВИТАМИНЫ 1 2 8	ВИТАМИНЫ 1 2 8	ВИТАМИНЫ 1 2 8
b	Воду?	ВОДА 1 2 8	ВОДА 1 2 8	ВОДА 1 2 8	ВОДА 1 2 8
c	Подслащенную воду, воду с вкусовыми добавками или фруктовый сок, чай, или раствор?	СОКИ 1 2 8	СОКИ 1 2 8	СОКИ 1 2 8	СОКИ 1 2 8
d	Оральный регидрирующий раствор (регидрон)?	ОРР 1 2 8	ОРР 1 2 8	ОРР 1 2 8	ОРР 1 2 8
e	Консервированное, сухое, или свежее молоко или детскую смесь?	МОЛОКО 1 2 8	МОЛОКО 1 2 8	МОЛОКО 1 2 8	МОЛОКО 1 2 8
f	Какие-либо другие жидкости?	ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ .1 2 8	ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ ..1 2 8	ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ ..1 2 8	ДРУГИЕ ЖИДКОСТИ ..1 2 8
g	Твердую или протертую пищу?	ПРОТЕРТАЯ ПИЩА ...1 2 8	ПРОТЕРТАЯ ПИЩА ...1 2 8	ПРОТЕРТАЯ ПИЩА ...1 2 8	ПРОТЕРТАЯ ПИЩА 1 2 8
C53	Пил ли (ИМЯ) что-либо из бутылки с соской вчера или прошлой ночью?	ДА. ....1 НЕТ. ....2 НЕ ЗНАЮ. 8	ДА. ....1 НЕТ. ....2 НЕ ЗНАЮ. 8	ДА. ....1 НЕТ. ....2 НЕ ЗНАЮ. 8	ДА. ....1 НЕТ. ....2 НЕ ЗНАЮ. 8
C55	Давали ли (ИМЯ) когда-либо витамин Д в каплях?	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К С57)	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К С57)	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К С57)	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К С57)
C56	Сколько недель (ИМЯ) получал витамин Д в каплях? ЕСЛИ МЕНЕЕ 1 НЕДЕЛИ, ЗАПИШИТЕ “00”.	НЕДЕЛЬ .... [ ][ ]	НЕДЕЛЬ .... [ ][ ]	НЕДЕЛЬ .... [ ][ ]	НЕДЕЛЬ .... [ ][ ]
C57	(ИМЯ) когда-либо пеленали?	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ К С61)	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ К С61)	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ К С61)	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ К С61)
C58	Сколько было (ИМЯ), когда ее/его впервые пеленали?	ДНЕЙ ....1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ ....2 [ ][ ]	ДНЕЙ ....1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ ....2 [ ][ ]	ДНЕЙ ....1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ ....2 [ ][ ]	ДНЕЙ ....1 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ ....2 [ ][ ]

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________
C58 A	ПРОВЕРЬТЕ B20:	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C60)	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C60)	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C60))	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C60))
C59	(ИМЯ) все еще пеленают?	ДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К C61) НЕТ 2	ДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К C61) НЕТ 2	ДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К C61) НЕТ 2	ДА .... 1 (ПЕРЕЙТИ К C61) НЕТ 2
C60	До какого возраста (ИМЯ) пеленовали?	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ ПЕЛЕНАЮТ 995	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ ПЕЛЕНАЮТ 995	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ ПЕЛЕНАЮТ 995	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ ПЕЛЕНАЮТ 995
C61	Клали ли (ИМЯ) когда-либо в бешик?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)
C62	Сколько было (ИМЯ), когда ее/его впервые положили в бешик?	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ 2	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ 2	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ 2	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ 2
C62 A	ПРОВЕРЬТЕ B20:	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C66)	''00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C66	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C66)	'00' ☐ '01' – '04' ☐ (ПЕРЕЙТИ К C66)
C62 B	(ИМЯ) все еще кладут в бешик?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C66)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C66)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C66)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C66)
C63	Клали ли (ИМЯ) в бешик вчера?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C67)
C64	Солько часов вчера днем (ИМЯ) был в бешике? ЕСЛИ МЕНЕЕ 1 ЧАСА, ЗАПИШИТЕ "00"	ЧАСОВ .... НЕ ЗНАЮ 98	ЧАСОВ .... НЕ ЗНАЮ 98	ЧАСОВ .... НЕ ЗНАЮ 98	ЧАСОВ .... НЕ ЗНАЮ 98

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ________
C65	Солько часов вчера ночью (ИМЯ) был в бешике? ЕСЛИ МЕНЕЕ 1 ЧАСА, ЗАПИШИТЕ “00”	ЧАСОВ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ .... 98 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ЧАСОВ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ .... 98 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ЧАСОВ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ .... 98 (ПЕРЕЙТИ К C67)	ЧАСОВ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ .... 98 (ПЕРЕЙТИ К C67)
C66	До какого возраста (ИМЯ) клали в бешик? ЕСЛИ МЕНЕЕ 1 НЕДЕЛИ, ОБВЕДИТЕ КОД 1 И ЗАПИШИТЕ “00”.	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ В БЕШИКЕ 995	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ В БЕШИКЕ 995	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ В БЕШИКЕ 995	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 ЕЩЕ В БЕШИКЕ 995
C67	Сколько было (ИМЯ), когда Вы впервые вынесли его/ее на улицу, и выставили на солнце? ЕСЛИ МЕНЕЕ 1 НЕДЕЛИ, ОБВЕДИТЕ КОД 1 И ЗАПИШИТЕ “00”.	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 НЕ ВЫНОСИЛИ НА СОЛНЦЕ .... 993 (ПЕРЕЙТИ К C71)	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 НЕ ВЫНОСИЛИ НА СОЛНЦЕ .... 993 (ПЕРЕЙТИ К C71)	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 НЕ ВЫНОСИЛИ НА СОЛНЦЕ .... 993 (ПЕРЕЙТИ К C71)	НЕДЕЛЬ .... 1 МЕСЯЦЕВ .... 2 НЕ ВЫНОСИЛИ НА СОЛНЦЕ .... 993 (ПЕРЕЙТИ К C71)
C67 A	ПРОВЕРЬТЕ B20:	‘00’ [ ] ‘01’ – ‘04’ [ ] (ПЕРЕЙТИ К C71)	‘00’ [ ] ‘01’ – ‘04’ [ ] (ПЕРЕЙТИ К C71)	‘00’ [ ] ‘01’ – ‘04’ [ ] (ПЕРЕЙТИ К C71)	‘00’ [ ] ‘01’ – ‘04’ [ ] (ПЕРЕЙТИ К C71
C68	Был ли (ИМЯ) вчера на улице? ЕСЛИ ВЧЕРА ШЕЛ ДОЖДЬ, СПРОСИТЕ О ПОСЛЕДНЕМ ДНЕ БЕЗ ДОЖДЯ.	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ .... 8 (ПЕРЕЙТИ К C71)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ .... 8 (ПЕРЕЙТИ К C71)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ .... 8 (ПЕРЕЙТИ К C71)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ .... 8 (ПЕРЕЙТИ К C71)
C69	Были ли лицо и руки (ИМЯ) подставлены прямым лучам солнца? ЕСЛИ ДА: Были ли они подставлены прямым лучам солнца по крайней мере 10 минут?	ДА, МЕНЕЕ 10 МИНУТ. .... 1 ДА, 10+ МИНУТ .... 2 НЕТ .... 3 НЕ ЗНАЮ. 8	ДА, МЕНЕЕ 10 МИНУТ. .... 1 ДА, 10+ МИНУТ .... 2 НЕТ .... 3 НЕ ЗНАЮ. 8	ДА, МЕНЕЕ 10 МИНУТ. .... 1 ДА, 10+ МИНУТ. .... 2 НЕТ .... 3 НЕ ЗНАЮ 8	ДА, МЕНЕЕ 10 МИНУТ. .... 1 ДА, 10+ МИНУТ. .... 2 НЕТ .... 3 НЕ ЗНАЮ. 8
C70	В течение последней недели, были ли лицо и руки (ИМЯ) подставлены прямым лучам солнца по крайней мере 30 минут в общем?	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ	ДА .... 1 НЕТ ....

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ______	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ______	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______
C71	Теперь я хочу спросить о здоровье (ИМЯ) По Вашему мнению, здоровье (ИМЯ), в общем, отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ 5	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ 5	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ 5	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ 5
C72	Есть ли место, куда (ИМЯ) обращается, когда он/она болен/на или когда Вам нужен совет о его/ее здоровье?	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К C80)	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К C80)	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К C80)	ДА ....1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЮ ....8 (ПЕРЕЙТИ К C80)
C73	Какого рода учреждение (ИМЯ) обычно там посещает?	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ....13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ______ 26 (УКАЗАТЬ) **ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР** ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ______36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ______96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ....13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ______ 26 (УКАЗАТЬ) **ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР** ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ______36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ______96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ....13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. .14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ______ 26 (УКАЗАТЬ) **ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР** ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ______36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ______96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА ....13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ______ 26 (УКАЗАТЬ) **ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР** ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ______36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ______96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98
C74	Какого рода медработника (ИМЯ) обычно там посещает?	ВРАЧ ....1 ФЕЛЬДШЕР ....2 МЕДСЕСТРА ....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ....4 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 8	ВРАЧ ....1 ФЕЛЬДШЕР ....2 МЕДСЕСТРА ....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ....4 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 8	ВРАЧ ....1 ФЕЛЬДШЕР ....2 МЕДСЕСТРА ....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ....4 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 8	ВРАЧ ....1 ФЕЛЬДШЕР ....2 МЕДСЕСТРА ....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ....4 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 8

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ______________________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ______________________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______________________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______________________
C80	(ИМЯ) когда-либо оставался в больнице на ночь по причине болезни или травмы?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C90)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C90)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C90)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C90)
C81	Сколько раз (ИМЯ) оставался в больнице на ночь по причине болезни или травмы?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........
C90	Следующие вопросы о дыхании (ИМЯ). Были ли у (ИМЯ) хрипение или свист в груди когда-либо в течение последних 12 месяцев?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C94)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C94)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C94)	ДА .... 1 НЕТ .... 2 (ПЕРЕЙТИ К C94)
C91	Сколько приступов хрипения или свиста в груди было у (ИМЯ) в течение последних 12 месяцев?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..........
C92	В течение последних 12 месяцев, как часто, в среднем, затрудненное дыхание мешало (ИМЯ) спать?	НИКОГДА .... 1 МЕНЕЕ ОДНОЙ НОЧИ ЗА НЕДЕЛЮ. 2 ОДНУ ИЛИ БОЛЕЕ НОЧЕЙ В НЕДЕЛЮ 3	НИКОГДА .... 1 МЕНЕЕ ОДНОЙ НОЧИ ЗА НЕДЕЛЮ. 2 ОДНУ ИЛИ БОЛЕЕ НОЧЕЙ В НЕДЕЛЮ 3	НИКОГДА .... 1 МЕНЕЕ ОДНОЙ НОЧИ ЗА НЕДЕЛЮ. 2 ОДНУ ИЛИ БОЛЕЕ НОЧЕЙ В НЕДЕЛЮ 3	НИКОГДА .... 1 МЕНЕЕ ОДНОЙ НОЧИ ЗА НЕДЕЛЮ. 2 ОДНУ ИЛИ БОЛЕЕ НОЧЕЙ В НЕДЕЛЮ 3
C93	В течение последних 12 месяцев, было ли когда-либо дыхание настолько тяжелым, что речь (ИМЯ) ограничивалась одним или двумя словами между вдохами	ДА .... 1 НЕТ .... 2 РЕБЕНОК НЕ ГОВОРИТ 3	ДА .... 1 НЕТ .... 2 РЕБЕНОК НЕ ГОВОРИТ 3	ДА .... 1 НЕТ .... 2 РЕБЕНОК НЕ ГОВОРИТ 3	ДА .... 1 НЕТ .... 2 РЕБЕНОК НЕ ГОВОРИТ 3
C94	Была ли у (ИМЯ) <u>когда-либо</u> астма?	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2
C95	Теперь я хотел(а) бы задать вопросы про **травмы или отравления**, **требовавшие медицинского совета или лечения**, которые были у (ИМЯ) в течение **последних 3 месяцев**. В течение последних трех месяцев, обращались ли Вы за медицинским советом или лечением для (ИМЯ) из-за **травмы**?	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2
C96	В течение последних трех месяцев, обращались ли Вы за медицинским советом или лечением для (ИМЯ) из-за **отравления**?	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2	ДА .... 1 НЕТ 2

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ______________________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ______________________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______________________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______________________
C97	ПРОВЕРЬТЕ C95 & C96:	ХОТЯ БЫ ОДИН ДА ☐ НИ ОДНОГО ДА ☐ (ПЕРЕЙТИ К C106)	ХОТЯ БЫ ОДИН ДА ☐ НИ ОДНОГО ДА ☐ (ПЕРЕЙТИ К C106)	ХОТЯ БЫ ОДИН ДА ☐ НИ ОДНОГО ДА ☐ (ПЕРЕЙТИ К C106)	ХОТЯ БЫ ОДИН ДА ☐ НИ ОДНОГО ДА ☐ (ПЕРЕЙТИ К C106)
C98	Сколько раз в течение последних трех месяцев, Вы обращались за медицинским советом для (ИМЯ) из-за (травмы/отравления)?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..... ☐☐	КОЛИЧЕСТВО РАЗ...... ☐☐	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..... ☐☐	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..... ☐☐
C99	Теперь я задам вопросы про (самую последнюю) (травму/отравление) (ИМЯ). Где (ИМЯ) получил медицинскмй совет или лечение в том несчастном случае?	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА........12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..........13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА..........................16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ__________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА........12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..........13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА..........................16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ__________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА.........11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА........12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..........13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК..14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ__________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА........ 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА .... 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА .... 16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ__________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98
C100	(ИМЯ) когда-либо оставался в больнице на ночь по причине (отравления/травмы)?	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2	ДА...1 НЕТ 2	ДА.. 1 НЕТ 2
C101	Когда был (самый последний) несчастный случай?	ДНЕЙ НАЗАД .... 1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД........ 2 ☐☐	ДНЕЙ НАЗАД ....1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД........2 ☐☐	ДНЕЙ НАЗАД ....1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД........2 ☐☐	ДНЕЙ НАЗАД.............1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД ....2 ☐☐

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________
C102	Где был последний случай?	ДОМ (ВНУТРИ)........01 ДОМ (СНАРУЖИ)........02 ДОРОГА........03 ШКОЛА........04 ФЕРМА........05 ПАРК........06 РЕКА/ОЗЕРО........07 СТРОИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА .08 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)	ДОМ (ВНУТРИ)........01 ДОМ (СНАРУЖИ)........02 ДОРОГА........03 ШКОЛА........04 ФЕРМА........05 ПАРК........06 РЕКА/ОЗЕРО........07 СТРОИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА .08 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)	ДОМ (ВНУТРИ)........01 ДОМ (СНАРУЖИ)........02 ДОРОГА........03 ШКОЛА........04 ФЕРМА........05 ПАРК........06 РЕКА/ОЗЕРО........07 СТРОИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА .08 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)	ДОМ (ВНУТРИ)........01 ДОМ (СНАРУЖИ)........02 ДОРОГА........03 ШКОЛА........04 ФЕРМА........05 ПАРК........06 РЕКА/ОЗЕРО........07 СТРОИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА. 08 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)
C103	Что явилось причиной травмы?	РИЧИНА-ТРАНСПОРТ ПАССАЖИР В МАШИНЕ........11 СБИТ МАШИНОЙ........12 МОТОЦИКЛ........14 ВЕЛОСИПЕД........14 ТРАКТОР........15 ДРУГОЙ ТРАСПОРТ __________16 (УКАЗАТЬ) Е ТРАНСПОРТНАЯ ПРИЧИНА ПАДЕНИЕ (*С ВЫСОТЫ*)........21 ПАДЕНИЕ (*СПОТКНУВШИСЬ*) .22 УДАР ИЛИ СДАВЛЕНИЕ........23 ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ........24 РАНА, СВЯЗ. С С/ХОЗ-ВОМ..25 ДРУГАЯ РАНА/ПОРЕЗ........26 ПОЖАР/ОЖОГ........27 УДАР ТОКОМ........28 ВДЫХАНИЕ ДЫМА........29 ОТРАВЛЕНИЕ........30 ОЖОГ КИПЯТКОМ/ПАРОМ ..31 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ...32 ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАС 33 ПОЧТИ УТОПЛЕНИЕ........34 СВЯЗ. С ЖИВОТНЫМ........32 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)	РИЧИНА-ТРАНСПОРТ ПАССАЖИР В МАШИНЕ........11 СБИТ МАШИНОЙ........12 МОТОЦИКЛ........14 ВЕЛОСИПЕД........14 ТРАКТОР........15 ДРУГОЙ ТРАСПОРТ __________16 (УКАЗАТЬ) Е ТРАНСПОРТНАЯ ПРИЧИНА ПАДЕНИЕ (*С ВЫСОТЫ*)........21 ПАДЕНИЕ (*СПОТКНУВШИСЬ*) .22 УДАР ИЛИ СДАВЛЕНИЕ........23 ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ........24 РАНА, СВЯЗ. С С/ХОЗ-ВОМ.. 25 ДРУГАЯ РАНА/ПОРЕЗ........26 ПОЖАР/ОЖОГ........27 УДАР ТОКОМ........28 ВДЫХАНИЕ ДЫМА........29 ОТРАВЛЕНИЕ........30 ОЖОГ КИПЯТКОМ/ПАРОМ...31 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ...32 ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАС 33 ПОЧТИ УТОПЛЕНИЕ........34 СВЯЗ. С ЖИВОТНЫМ........32 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)	РИЧИНА-ТРАНСПОРТ ПАССАЖИР В МАШИНЕ........11 СБИТ МАШИНОЙ........12 МОТОЦИКЛ........14 ВЕЛОСИПЕД........14 ТРАКТОР........15 ДРУГОЙ ТРАСПОРТ __________16 (УКАЗАТЬ) Е ТРАНСПОРТНАЯ ПРИЧИНА ПАДЕНИЕ (*С ВЫСОТЫ*)........21 ПАДЕНИЕ (*СПОТКНУВШИСЬ*) .22 УДАР ИЛИ СДАВЛЕНИЕ........23 ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ........24 РАНА, СВЯЗ. С С/ХОЗ-ВОМ..25 ДРУГАЯ РАНА/ПОРЕЗ........26 ПОЖАР/ОЖОГ........27 УДАР ТОКОМ........28 ВДЫХАНИЕ ДЫМА........29 ОТРАВЛЕНИЕ........30 ОЖОГ КИПЯТКОМ/ПАРОМ...31 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ...32 ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАС 33 ПОЧТИ УТОПЛЕНИЕ........34 СВЯЗ. С ЖИВОТНЫМ........32 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)	РИЧИНА-ТРАНСПОРТ ПАССАЖИР В МАШИНЕ........11 СБИТ МАШИНОЙ........12 МОТОЦИКЛ........14 ВЕЛОСИПЕД........14 ТРАКТОР........15 ДРУГОЙ ТРАСПОРТ __________16 (УКАЗАТЬ) Е ТРАНСПОРТНАЯ ПРИЧИНА ПАДЕНИЕ (*С ВЫСОТЫ*)........21 ПАДЕНИЕ (*СПОТКНУВШИСЬ*) 22 УДАР ИЛИ СДАВЛЕНИЕ........23 ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ........24 РАНА, СВЯЗ. С С/ХОЗ-ВОМ.. 25 ДРУГАЯ РАНА/ПОРЕЗ........26 ПОЖАР/ОЖОГ........27 УДАР ТОКОМ........28 ВДЫХАНИЕ ДЫМА........29 ОТРАВЛЕНИЕ........30 ОЖОГ КИПЯТКОМ/ПАРОМ .. 31 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ .. 32 ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАС 33 ПОЧТИ УТОПЛЕНИЕ........34 СВЯЗ. С ЖИВОТНЫМ........32 ДРУГОЕ__________96 (УКАЗАТЬ)

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ____________
C106	Теперь я задам Вам несколько вопросов о зубах (ИМЯ). Как Вы опишите состояние естественных зубов (ИМЯ): отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ ....5 НЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ ...6	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ ....5 НЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ ...6	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ ....5 НЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ ...6	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ ....5 НЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ ..6
C107	В течение последних трех месяцев, была ли у (ИМЯ) зубная боль, не связанная с прорезыванием или появлением зубов?	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2
C108	Сколько времени прошло с тех пор, как (ИМЯ) посещал стоматолога в последний раз? Включите все виды стоматологов, включая стоматолога-ортодонта, стоматолога-хирурга, стоматолога-гигиениста и всех других специалистов-стоматологов ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО МЕСЯЦА, ОБВЕДИТЕ КОД 1 И ЗАПИШИТЕ '00'.	НИКОГДА ....000 (ПЕРЕЙТИ C111) МЕСЯЦЕВ ....1 [ ][ ] ЛЕТ ....2 [ ][ ] НЕ ЗНАЮ 998	НИКОГДА ....000 (ПЕРЕЙТИ C111) МЕСЯЦЕВ ....1 [ ][ ] ЛЕТ ....2 [ ][ ] НЕ ЗНАЮ 998	НИКОГДА ....000 (ПЕРЕЙТИ C111) МЕСЯЦЕВ ....1 [ ][ ] ЛЕТ ....2 [ ][ ] НЕ ЗНАЮ 998	НИКОГДА ....000 (ПЕРЕЙТИ C111) МЕСЯЦЕВ ....1 [ ][ ] ЛЕТ ....2 [ ][ ] НЕ ЗНАЮ 998
C109	В течение последнего года стоматолог говорил Вам, что у (ИМЯ) есть одна или более зубных полостей или кариес?	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ C111)	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ C111)	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ C111)	ДА ....1 НЕТ ....2 (ПЕРЕЙТИ C111)
C110	Эти зубные полости или кариес лечили?	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2	ДА ....1 НЕТ 2
C111	(ИМЯ) чистит свои зубы? ЕСЛИ НЕТ ОБВЕДИТЕ '5': ЕСЛИ ДА, СПРОСИТЕ : Как часто (ИМЯ) чистит свои зубы?	ХОТЯ БЫ РАЗ В ДЕНЬ ....1 НЕСКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ....2 РАЗ В НЕДЕЛЮ ....3 РАЗ В МЕСЯЦ ....4 РЕДКО/НИКОГДА ....5 (ПЕРЕЙТИ C115)	ХОТЯ БЫ РАЗ В ДЕНЬ ....1 НЕСКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ....2 РАЗ В НЕДЕЛЮ ....3 РАЗ В МЕСЯЦ ....4 РЕДКО/НИКОГДА ....5 (ПЕРЕЙТИ C115)	ХОТЯ БЫ РАЗ В ДЕНЬ ....1 НЕСКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ....2 РАЗ В НЕДЕЛЮ ....3 РАЗ В МЕСЯЦ ....4 РЕДКО/НИКОГДА ....5 (ПЕРЕЙТИ C115)	ХОТЯ БЫ РАЗ В ДЕНЬ ....1 НЕСКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ... 2 РАЗ В НЕДЕЛЮ ....3 РАЗ В МЕСЯЦ ....4 РЕДКО/НИКОГДА ....5 (ПЕРЕЙТИ C115)
C112	Чем пользуется (ИМЯ) для чистки зубов? ЗАПИСАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МАТЕРЬЮ.	ПАЛОЧКА ....A ПОРОШОК/ПАСТА ....B ЩЕТКА ....C ЧИСТКА ПАЛЬЦЕМ ....D ЖИДКОСТЬ ДЛЯ РТА ....E ДРУГОЕ________X (УКАЗАТЬ)	ПАЛОЧКА ....A ПОРОШОК/ПАСТА ....B ЩЕТКА ....C ЧИСТКА ПАЛЬЦЕМ ....D ЖИДКОСТЬ ДЛЯ РТА ....E ДРУГОЕ________X (УКАЗАТЬ)	ПАЛОЧКА ....A ПОРОШОК/ПАСТА ....B ЩЕТКА ....C ЧИСТКА ПАЛЬЦЕМ ....D ЖИДКОСТЬ ДЛЯ РТА ....E ДРУГОЕ________X (УКАЗАТЬ)	ПАЛОЧКА ....A ПОРОШОК/ПАСТА ....B ЩЕТКА ....C ЧИСТКА ПАЛЬЦЕМ ....D ЖИДКОСТЬ ДЛЯ РТА ....E ДРУГОЕ________X (УКАЗАТЬ)

		САМЫЙ МЛАДШИЙ РЕБЕНОК ИМЯ ______	ВТОРОЙ ЗА САМЫМ МЛАДШИМ РЕБЕНОК ИМЯ ______	ТРЕТИЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______	ЧЕТВЕРТЫЙ ОТ МЛАДШЕГО РЕБЕНОК ИМЯ ______
C113	ПРОВЕРЬТЕ C112:	КОД 'В' И/ИЛИ КОД 'Е' ОБВЕДЕН ☐ (ПЕРЕЙТИ К C 115) ДРУГОЕ ☐	КОД 'В' И/ИЛИ КОД 'Е' ОБВЕДЕН ☐ (ПЕРЕЙТИ К C 115) ДРУГОЕ ☐	КОД 'В' И/ИЛИ КОД 'Е' ОБВЕДЕН ☐ (ПЕРЕЙТИ К C 115) ДРУГОЕ ☐	КОД 'В' И/ИЛИ КОД 'Е' ОБВЕДЕН ☐ (ПЕРЕЙТИ К C 115) ДРУГОЕ ☐
C114	Содержат ли зубной порошок, паста или жидкость для полоскания рта, которыми пользуется (ИМЯ) для чистки зубов, фтор?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ 8	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ 8
C115		ВОЗВРАТИТЕСЬ К C3 В СЛЕДУЮЩЕМ СТОЛБЦЕ; ИЛИ, ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЙДИТЕ К D1			ПЕРЕЙДИТЕ К C3 В ПЕРВОМ СТОЛБЦЕ НОВОЙ АНКЕТЫI; ИЛИ, ЕСЛИ БОЛЬШЕ НЕТ РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, К D1

РАЗДЕЛ D. ПИТАНИЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
D1	Теперь я хотел(а) бы поговорить о Вас и некоторых аспектах Вашего здоровья. Следующие вопросы касаются потребляемой Вами пищи. В течение последних шести месяцев, случалось ли, что Вы не принимали пищу в течении одного или более дней?	ДА....1 НЕТ 2	 → D3
D2	Каковы были причины того, что Вы не принимали пищу в течение одного или более дней? ЗАПИСАТЬ ВСЕ УКАЗАННОЕ.	НЕ БЫЛО ДОСТАТОЧНО ДЕНЕГ КУПИТЬ ЕДЫ .... A ДОМА НЕ БЫЛО ЕДЫ .... B МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА .... C РЕЛИГИОЗНЫЙ ПОСТ.... B ДРУГОЕ____________ ____________ D (УКАЗАТЬ)	
D3	А теперь я собираюсь задать несколько вопросов о продуктах, употреблявшихся Вами в течении последних семи дней. Сколько дней в течение последней недели Вы ели: a. Сыр, йогурт, кефир, мороженое, молоко или другие молочные продукты? b. Яйца? c. Красное Мясо? d. Рыбу или птицу? e. Фасоль, горох или бобовые? f. Орехи или семечки? g. Свежие овощи, включая овощи в тушеных блюдах, супах и салатах? h. Другие корнеплоды или клубневые, такие как белая картошка, редька, редиска, репа или свекла? i. Темно-зеленые лиственные овощи или приправы: сельдерей, укроп, шпинат, райхон, петрушка, базилик, мята? Не включайте листья салата или капусту. j. Продукты, приготовленные с томатной пастой? k. Маринованные, засоленные или консервированные продукты? l. Свежие фрукты? m. Сухофрукты? n. Консервированные фрукты? o. Хлеб, рис, макаронные изделия, крупы, печенье или подобные продукты, приготовленные из пшеницы или белой муки? p. Сахаросодержащие продукты, выпечка, кондитерские изделия, торты, шоколад, или конфеты? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘0’.	a.... ☐ b.... ☐ c.... ☐ d.... ☐ e.... ☐ f.... ☐ g.... ☐ h.... ☐ i.... ☐ j.... ☐ k.... ☐ l.... ☐ m.... ☐ n.... ☐ o.... ☐ p.... ☐	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
D4	Сколько дней в течение последней недели Вы употребляли пищу, приготовленную следующим образом: a. Жареная b. Вареная c. Тушеная d. Печеная e. Приготовленная на решетке над огнем ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ '0'.	a... ☐ b... ☐ c... ☐ d... ☐ e... ☐	
D5	Во время еды, добавляете ли вы соль к приготовленной пище? Вопрос не относится к соли, используемые во время приготовления пищи.	ДА..1 НЕТ 2	
D6	Вы употребляете соль <u>всегда</u>, в <u>большинстве</u> случаев, или только <u>иногда</u>?	ВСЕГДА ....1 БОЛЬШИНСТВО СЛУЧАЕВ ....2 ИНОГДА 3	
D7	Перед едой, Вы когда-либо добавляете жир, масло или сметану к готовой пище, хлебу или салатам? Вопрос не относится к жиру, масло или сметану, используемые во время приготовления пищи.	ДА..1 НЕТ 2	
D8	Вы добавляете жир, масло или сметану <u>всегда</u>, в <u>большинстве</u> случаев, или только <u>иногда</u>?	ВСЕГДА ....1 БОЛЬШИНСТВО СЛУЧАЕВ ....2 ИНОГДА 3	
D9	В течение последних 12 месяцев, потеряли ли Вы в весе без применения какой-либо диеты или ограничения пищи?	ДА..1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЕТ...8	 2, 8 → E1
D10	На сколько килограммов Вы похудели?	МЕНЕЕ 1 КГ ....1 1-3 КГ ....2 БОЛЕЕ 3 КГ ....3 НЕ ЗНАЮ...8	

РАЗДЕЛ Е. ФИЗИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	SKIP
E1	Теперь я собираюсь спросит Вас о времени, затраченном вами на физическую деятельность в последние 7 дней. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы, даже если Вы не считаете себя физически активной. Подумайте о занятиях на работе, дома и в саду, в дороге с места на место, и в свободное время, во время отдыха или занятий спортом. Сначала вспомните обо всех усиленных занятиях, требующих тяжелых физических усилий, которые Вы выполняли в последние семь дней. Усиленные занятия делают Ваше дыхание намного учащенным, чем нормальное, и могут включать поднятие тяжестей, земляные работы, бег трусцой и быструю езду на велосипеде. Вспомните только те физические занятия, которыми Вы занимались, по крайней мере, 10 минут за раз. В течение последних 7 дней, сколько дней вы занимались усиленными физическими занятиями? ВКЛЮЧИТЕ ВСЕ ЗАНЯТИЯ И РАБОТУ	ДНЕЙ.. 1 ☐ НЕТ ....0 НЕ ЗНАЮ..8	 → E3 → E3
E2	Сколько времени всего вы выполняли усиленные тяжелые физические занятия (обычно в каждый из этих дней/этот затраченный день)? СПРОСИТЕ: Вспомните только о тех физических занятиях, которые Вы выполняли, по крайней мере, 10 минут за раз. ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: В последний раз, когда Вы выполняли усиленные физические занятия, сколько времени Вы потратили в целом?	ЧАСОВ.................................... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ....................... ☐☐	
E3	Далее, вспомните о всех умеренных физических занятиях, которыми Вы занимались в течение последних 7 дней. Умеренные физические занятия делают Ваше дыхание несколько более учащенным, чем нормальное, и могут включать переноску легких грузов и езду на велосипеде с умеренной скоростью. Не включайте прогулки. Вспомните только те физические занятия, которые Вы выполняли, по крайней мере, 10 минут за раз. В течение последних 7 дней, сколько дней вы занимались умеренными физическими занятиями? ВКЛЮЧИТЕ ВСЕ ЗАНЯТИЯ И РАБОТУ	ДНЕЙ... ☐ НЕТ ....0 НЕ ЗНАЮ..8	 → E5 → E5
E4	Сколько времени всего вы выполняли умеренные физические занятия (обычно в каждый из этих дней/ этот затраченный день)? СПРОСИТЕ: Вспомните только о тех физических занятиях, которые Вы выполняли, по крайней мере, 10 минут за раз. ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: В последний раз, когда Вы выполняли умеренные физические занятия, сколько времени Вы потратили в целом?	ЧАСОВ.................................... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ....................... ☐☐	
E5	Теперь подумайте, Вы затратили на ходьбу в течение последних 7 дней? Это включает ходьбу на работе и дома, передвижении с места на место, и другую ходьбу только с целью отдыха, спорта или физических упражнений. В течение последних 7 дней, сколько дней Вы занимались ходьбой по крайней мере 10 минут за раз? ВКЛЮЧИТЕ ВСЕ ЗАНЯТИЯ И РАБОТУ	ДНЕЙ.. 1 ☐ НЕТ ....0 НЕ ЗНАЮ..8	 → E7 → E7

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	SKIP
E6	Сколько времени в общем вы занимались ходьбой (обычно в каждый из этих дней/ этот затраченный день)? ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: В последний раз, когда Вы занимались ходьбой, сколько времени Вы потратили в целом?	ЧАСОВ .... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ......................... ☐☐	
E7	Теперь подумайте, сколько времени Вы провели сидя в будние дни, в последние 7 дней. Включите все время, что Вы сидели на работе, дома, во время учебы или в свободное. Это может включать время, проведенное за рабочим столом, посещение друзей, поездки на автобусе, чтение, просмотр телепередач, лежа. В течение последних семи дней, сколько времени в целом Вы обычно проводили сидя в <u>будний день</u>? ВКЛЮЧИТЕ ВРЕМЯ, ПРОВЕДЕННОЕ КАК СИДЯ, ТАК И ЛЕЖА (В СОСТОЯНИИ БОДРСТВОВАНИЯ). ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: Сколько, в целом, Вы провели времени сидя в прошлую среду?	ЧАСОВ .... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ......................... ☐☐	

РАЗДЕЛ F. ДОСТУПНОСТЬ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F1	Следующие вопросы о госпитализации в любую больницу или клинику, за исключением реабилитационных клиник и санаториев. На протяжении последних 12 месяцев Вы были госпитализированы сроком на ночь или более, включая госпитализацию на роды?	ДА ....1 НЕТ 2	 →F11
F2	Сколько раз Вы лежали в больнице в течение последних 12 месяцев? ПОДСЧИТАЙТЕ ВСЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, КОТОРЫЕ ЗАКОНЧИЛИЧЬ В ЭТОТ ПЕРИОД.	КОЛИЧЕСТВО ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ .... ☐☐	
F3	Сколько ночей, в целом, Вы провели в больницах при этих госпитализациях?	КОЛИЧЕСТВО НОЧЕЙ .... ☐☐	
F4	Вспомните, когда Вы в последний раз лежали в больнице, Кто Вас туда направил?	ВРАЧ....................1 ФЕЛЬДШЕР....................2 СКОРАЯ ПОМОЩЬ....................5 ДРУГОЕ ________________________ 6 (УКАЗАТЬ) САМА....................7	
F5	Когда Вы в последний раз лежали в больнице, По какой причине Вы там лежали?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА ....01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ..........02 ПРОФИЛАКТИКА....................03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ....04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ....05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА....................06 ОПЕРАЦИЯ ....07 БЕРЕМЕННОСТЬ/СВЯЗ.С РОДАМИ ....08 АБОРТ ....09 ДРУГОЕ________________________96 (УКАЗАТЬ)	 →F7
F6	Вас оперировали?	ДА....................1 НЕТ....................2	
F7	ПРОВЕРЬТЕ F2: БОЛЕЕ ОДНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ☐ ↓ ОДНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ☐ →		→F9
F8	Сколько ночей Вы провели в больнице при последней госпитализации?	КОЛИЧЕСТВО СУТОК............. ☐☐	

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F9	В какой больнице Вы лежали: государственной, частной, ведомственной, или какой-либо другой? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ, ВЫЯСНИТЕ КАКОЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА........ 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА .... 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА .... 16 ДРУГОЕ ГОС. _________________________ 26 (УКАЗАТЬ) **ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР** ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. _________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ___________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ …………………………98	
F11	В течение последних 12 месяцев Вы лечились в дневном стационаре, т.е. Вам была предоставлена койка в лечебном учреждении, но Вы не оставались на ночь?	ДА...1 НЕТ 2	 →F16
F12	Сколько раз Вас принимали как дневного пациента в стационар в последние 12 месяцев?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ .... [ ][ ]	
F13	Вспомните, когда Вы в последний раз находились в стационаре как дневной пациент, По какой причине Вы находились в данном медучреждении?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА …………01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ……….02 ПРОФИЛАКТИКА……………………………03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ……….04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ....05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА………..……….06 ОПЕРАЦИЯ ……………………………………07 БЕРЕМЕННОСТЬ/СВЯЗ.С РОДАМИ ……...08 АБОРТ …………………………………………..09 ДРУГОЕ___________________________96 (УКАЗАТЬ)	 → F 14
F13A	Вас оперировали?	ДА...1 НЕТ 2	
F14	В каком медучреждении Вы находились: государственном, частном, ведомственном, или каком-либо другом? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННОМ, ВЫЯСНИТЕ ТИП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА................ 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА .... 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК......... 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА................................ 16 ДРУГОЕ ГОС. _________________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА .... 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА........... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. _________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ___________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ………………………………98	

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F16	В течение последних 4 недель Вы консультировались у медработника по поводу своего собственного здоровья, т.е. не сопровождая члена своей семьи или кого-либо другого по поводу их здоровья?	ДА……………………………………….1 НЕТ……………………………………..2	 →F22
F16A	Сколько раз Вы обращались к медработнику по поводу своего здоровья?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.................. [ ][ ]	
F17	В (последний) раз, когда Вы консультировались у врача: Что явилось причиной Вашего обращения за консультацией?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА …………01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ……….02 ПРОФИЛАКТИКА………………………………03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ……….04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ....05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА………...………..06 ОПЕРАЦИЯ …...……………………………….07 БЕРЕМЕННОСТЬ/СВЯЗ.С РОДАМИ ……..08 АБОРТ …………………………………………09 ДРУГОЕ______________________________96 (УКАЗАТЬ)	
F18	С кем Вы консультировались?	ВРАЧ ………………………………………1 ФЕЛЬДШЕР…………………………….2 МЕДСЕСТРА……………………………3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ……………..4 ДРУГОЕ_________________________5 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ…………………………………8	
F19	Вы консультировались в медучреждении, у себя дома, по телефону или где-либо еще?	В МЕДУЧРЕЖДЕНИИ ....1 ДОМА...2 ПО ТЕЛЕФОНУ ....3 ДРУГОЕ _________________________ 6 (УКАЗАТЬ)	
F20	Это был государственный, частный или ведомственный медработник? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ, ВЫЯСНИТЕ ТИП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА .... 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА............... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА................. 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК......... 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА................................ 16 ДРУГОЕ ГОС. _________________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА .... 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА........... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. _________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ______________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ………………………………98	
F22	В течение последних 4 недель, Вы консультировались с врачом по поводу своего здоровья в травмпункте или отделении скорой помощи больницы?	ДА……………………………………….1 НЕТ……………………………………..2	 →F26
F22A	Сколько раз Вы консультировались с врачом в травмпункте или отделении скорой помощи больницы?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.................. [ ][ ]	

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F23	В последний раз Вы консультировались с врачом в травмпункте или отделении скорой помощи больницы, было ли это государственное, частное или ведомственное медучреждение? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННОЕ, ВЫЯСНИТЕ ТИП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА .... 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА............... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА................. 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК......... 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА................................ 16 ДРУГОЕ ГОС. ______________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА .... 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА........... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ______________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ____________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ………………………………98	
F24	Какова была основная причина для консультации?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА …………01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ……….02 ПРОФИЛАКТИКА……………………………03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ……….04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ....05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА………...………..06 ОПЕРАЦИЯ …...………………………………07 БЕРЕМЕННОСТЬ/СВЯЗ.С РОДАМИ ……..08 АБОРТ …………………………………………09 ДРУГОЕ________________________96 (УКАЗАТЬ)	
F26	В течение последних 4 недель Вы обращались к врачу-специалисту или хирургу по состоянию своего здоровья?	ДА……………………………………………1 НЕТ…………………………………………..2	 →G1
F26A	Сколько раз Вы консультировались у врача-специалиста или хирурга?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.................. [ ][ ]	
F27	Когда Вы в последний раз консультировались у врача-специалиста или хирурга: Что послужило причиной для консультации?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА …………01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ……….02 ПРОФИЛАКТИКА……………………………03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ……….04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ....05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА………...………..06 ОПЕРАЦИЯ …...………………………………07 БЕРЕМЕННОСТЬ/СВЯЗ.С РОДАМИ ……..08 АБОРТ …………………………………………09 ДРУГОЕ________________________96 (УКАЗАТЬ)	

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F28	У какого специалиста Вы консультировались?	ТЕРАПЕВТ/ИНФЕКЦИОНИСТ ………11 КАРДИОЛОГ……………………………..12 ГЕРОНТОЛОГ…………………………..13 ОНКОЛОГ………………………………..14 РЕВМАТОЛОГ …………………………15 ДЕРМАТОЛОГ/ВЕНЕРОЛОГ ………...16 ЭНДОКРИНОЛОГ………………………17 УХО-ГОРЛО-НОС/ АЛЕРГОЛОГ …..18 ГЛАЗНИК………………………………...19 ОБЩИЙ ХИРУРГ………………………20 ГАСТРО-ЭНТЕРОЛОГ ……..………21 ГИНЕКОЛОГ…………………………….22 СПЕЦИАЛИСТ ПО ЛЕГКИМ………….23 НЕВРОЛОГ……………………………..24 ОРТОПЕД……………………………….25 ПСИХИАТР……………………………..26 УРОЛОГ…………………………………27 ДРУГОЕ________________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ………………………………..98	
F29	Этот специалист был государственным, частным или ведомственным врачом? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫМ, ВЫЯСНИТЕ, ВРАЧ КАКОГО МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА .... 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА............... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА................. 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК......... 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА................................ 16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА .... 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА........... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ____________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ………………………………98	

РАЗДЕЛ G. КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ

№.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
G1	Следующие вопросы про кровяное давление. Проверял ли доктор или другой медработник когда-либо Ваше кровяное давление?	ДА....1 НЕТ....2	 → G8
G1A	Кто проверял Ваше кровяное давление?	ВРАЧ....1 ФЕЛЬДШЕР....2 МЕДСЕСТРА....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ....4 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....8	
G2	Когда в последний раз доктор или другой медработник проверял Ваше кровяное давление?	МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....1 6 - 11 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....2 1 - 5 ЛЕТ НАЗАД....3 БОЛЕЕ 5 ЛЕТ НАЗАД....4 НЕ ЗНАЮ....8	
G3	Говорил ли Вам когда-либо доктор или другой медработник, что у Вас гипертония или повышенное кровяное давление?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8	 → G8 (2, 8)
G4	Говорили ли Вам в 2 или более визитов, что у Вас гипертония или повышенное кровяное давление?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8	
G5	Сказал ли Вам доктор, что делать с гипертонией или повышенным кровяным давлением?	ДА....1 НЕТ....2	 → G8
G6	Кто Вам это сказал?	ВРАЧ....1 ФЕЛЬДШЕР....2 МЕДСЕСТРА....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ....4 ДРУГОЕ ______ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....8	
G6A	Говорил ли Вам доктор или другой медработник : a. принимать прописаные лекарства?.... b. следить за весом или сбросить вес? .... c. ограничить употребление соли?.... d. больше заниматься спортом?.... e. ограничить прием алкоголя?.... f. бросить курение? g. делать другие вещи? .... СПРОСИТЕ: Какие другие вещи?	ДА / НЕТ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВА .... 1 / 2 СЛЕДИТЬ ЗА ВЕСОМ.... 1 / 2 ОГРАНИЧИТЬ СОЛЬ.... 1 / 2 УПРАЖНЕНИЯ.... 1 / 2 ОГРАНИЧИТЬ АЛКОГОЛЬ..... 1 / 2 БРОСИТЬ КУРЕНИЕ .... 1 / 2 ДРУГИЕ ВЕЩИ.... 1 / 2 ↓ ______ (УКАЗАТЬ)	
G7	В данный момент для снижения гипертонии или повышенного кровяного давления Вы: a. принимаете прописаные лекарства? .... b. следите за весом или теряете вес? .... c. ограничиваете употребление соли?.... d. занимаетесь спортом?.... e. ограничивайте прием алкоголя?.... f. бросаете курение?	ДА / НЕТ / НЗ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВА1 / 2 / 8 СЛЕДИТЬ ЗА ВЕСОМ...... 1 / 2 / 8 ОГРАНИЧИТЬ СОЛЬ....... 1 / 2 / 8 УПРАЖНЕНИЯ.... 1 / 2 / 8 ОГРАНИЧИТЬ АЛКОГОЛЬ1 / 2 / 8 БРОСИТЬ КУРЕНИЕ .... 1 / 2 / 8	

№.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
G8	Проверял ли у Вас уровень холестерола в крови?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....6	2, 6 → G12
G9	Когда в последний раз у Вас проверяли уровень холестерола в крови?	МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....1 6 - 11 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....2 1 - 5 ЛЕТ НАЗАД....3 БОЛЕЕ 5 ЛЕТ НАЗАД....4 НЕ ЗНАЮ....8	
G10	Говорил ли Вам когда-либо доктор или другой медработник, что у Вас высокий уровень холестерола в крови?	ДА....1 НЕТ....2	2 → G12
G11	Кто Вам это сказал?	ВРАЧ....1 ФЕЛЬДШЕР....2 МЕДСЕСТРА....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ....4 ДРУГОЕ ________ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....8	

G12	Перед тем, как продолжить опрос, разрешите мне еще раз измерить Ваше артериальное/кровяное давление и пульс. ИЗМЕРЬТЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ПУЛЬС ПРАВОЙ РУКИ И ЗАПИШИТЕ РЕЗУЛЬТАТ.	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ.... [ ][ ][ ] ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ.... [ ][ ][ ] АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НЕ ИЗМЕРЯЛОСЬ....995 ПУЛЬС.... [ ][ ][ ] ПУЛЬС НЕ ИЗМЕРЯЛСЯ....995	

РАЗДЕЛ Н. РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АЛЕРГИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
H1	Следующие вопросы о дыхании и алергиях. В течение последних 12 месяцев, быль ли у Вас кашель большинство дней три месяца подряд?	ДА....1 НЕТ....2	 → H3
H2	Сколько лет у Вас наблюдался этот кашель?	КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ.... ☐☐ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА....00 НЕ ЗНАЮ....98	
H3	За последние 12 месяцев, выходила ли у Вас мокрота большинство дней в течение трех месяцев подряд?	ДА....1 НЕТ....2	 → H5
H4	Сколько лет у Вас наблюдались проблемы с мокротой?	КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ.... ☐☐ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА....00 НЕ ЗНАЮ....98	
H5	Беспокоит ли Вас одышка, когда Вы быстро идете по прямой поверхности или слегка в горку?	ДА....1 НЕТ....2	
H6	Были ли у Вас хрипы или свист в груди в последние 12 месяцев?	ДА....1 НЕТ....2	 → J3
H7	Сколько приступов хрипа или свиста у Вас было в последние 12 месяцев?	ХРОНИЧЕСКОЕ....95 ПРИСТУПОВ.... ☐☐ НЕ ЗНАЮ....98	
H7A	В последние 12 месяцев, обращались ли вы в медучреждение по причине приступов хрипа или свиста?	ДА....1 НЕТ....2	 → J3
H8	В последние 12 месяцев, госпитализировали Вас по причине приступов хрипа или свиста на ночь или дольше? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘00’.	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.... ☐☐ НЕ ЗНАЮ....98	
H9	В последние 12 месяцев, сколько раз Вы обращались в медучреждение, без госпитализации на ночь или дольше, по причине приступов хрипа или свиста? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘00’.	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.... ☐☐ НЕ ЗНАЮ....98	
H10	Кто направил Вас в это/ти медицинское учреждение/я? ЕСЛИ БОЛЕЕ ОДНОГО ЧЕЛОВЕКА, СПРОСИТЕ: Кто направил в последний раз?	ВРАЧ....1 ФЕЛЬДШЕР....2 МЕДСЕСТРА....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ....4 СКОРАЯ ПОМОЩЬ....5 ДРУГОЕ ____ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....8	

РАЗДЕЛ J. ТУБЕРКУЛЕЗ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
J3	Вы когда-нибудь слышали о болезни туберкулез?	ДА....1 НЕТ....2	 → K10
J4	Знаете ли Вы,что туберкулез может быть полностью излечен соответствующими медикаментами?	ДА....1 НЕТ....2	
J5	Какие признаки или симптомы заставляют Вас думать, что у человека туберкулез? Какие-либо другие? ЗАПИСАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖЕНЩИНОЙ.	КАШЕЛЬ....A КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ....B КАШЕЛЬ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ....C ЛИХОРАДКА....D КРОВЬ В МОКРОТЕ....E ПОТЕРЯ АППЕТИТА....F НОЧНАЯ ПОТЛИВОСТЬ....G БОЛЬ В ГРУДИ....H УСТАЛОСТЬ/УТОМЛЕННОСТЬ....I ПОТЕРЯ ВЕСА....J СОНЛИВОСТЬ....K ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....Y	 → J8
J6	Наличие каких симпотов туберкулеза убедит Вас обратиться за медицинской помощью? Какие-либо другие? ЗАПИСАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖЕНЩИНОЙ.	КАШЕЛЬ....A КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ....B КАШЕЛЬ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ....C ЛИХОРАДКА....D КРОВЬ В С МОКРОТЕ....E ПОТЕРЯ АППЕТИТА....F НОЧНАЯ ПОТЛИВОСТЬ....G БОЛЬ В ГРУДИ....H УСТАЛОСТЬ/УТОМЛЕННОСТЬ....I ПОТЕРЯ ВЕСЯ....J СОНЛИВОСТЬ....K ДРУГОЕ ________ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....Y	
J8	Каким образом передается туберкулез от одного человека к другому?	ЧЕРЕЗ ВОЗДУХ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ....1 ДРУГОЕ________ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....8	
J10	Если член Вашей семьи был болен туберкулезом, и он/она завершил/а больничный курс леченеия от туберкулеза в больнице, согласитесь ли Вы ухаживать за ним/ней дома во время дальнейшего лечения?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ/ЗАВИСИТ....8	
J12	Говорил ли Вам когда-либо доктор или другой медработник, что у Вас туберкулез?	ДА....1 НЕТ....2	 → K10
J13	Приблизительно как давно доктор или другой медработник сказал Вам, что у Вас туберкулез?	МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ....1 6 – 11 МЕСЯЦЕВ....2 1 – 5 ЛЕТ....3 БОЛЕЕ 5 ЛЕТ....4 НЕ ЗНАЮ....8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХ ОД
J13A	Кто Вам это сказал?	ВРАЧ ....1 ФЕЛЬДШЕР ....2 МЕДСЕСТРА ....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ....4 ДРУГОЕ ___________________________ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ.. 8	
J14	Вы когда-либо лежали в больнице по причине туберкулеза?	ДА...1 НЕТ 2	

РАЗДЕЛ К. КУРЕНИЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
K10	Теперь я хотел(а) бы спросить Вас про курение. Курили ли Вы по крайней мере 100 сигарет за всю жизнь ?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → K27
K11	Сколько Вам было лет, когда Вы <u>впервые</u> начали достаточно регулярно курить?	ВОЗРАСТ.................. [ ][ ] НИКОДГА НЕ КУРИЛА РЕГУЛЯРНО....00 НЕ ЗНАЮ....................98	
K12	Вы курите сигареты <u>сейчас</u>?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → K19
K16	Приблизительно сколько сигарет Вы курите в день? ЕСЛИ ОТВЕТ ДАН В ПАЧКАХ, СПРОСИТЕ ПРО КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ В ПАЧКЕ И ПЕРЕСЧИТАЙТЕ В КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ В ДЕНЬ.	МЕНЕЕ 1 В ДЕНЬ....................00 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.................. [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....................66	
K17	Приблизительно в течение скольких лет Вы курили данное количество сигарет? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ 00'.	ЛЕТ.................. [ ][ ]	
K18	Был когда-либо такой период, в течение года или более, когда Вы курили больше чем (<u>КОЛИЧЕСТВО В K16</u>) сигарет/пачек в день?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → K21
K19	В период, когда Вы курили более всего, приблизительно сколько сигарет в день Вы выкуривали <u>обычно</u>? ЕСЛИ ОТВЕТ ДАН В ПАЧКАХ, СПРОСИТЕ ПРО КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ В ПАЧКЕ И ПЕРЕСЧИТАЙТЕ В КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ В ДЕНЬ.	МЕНЕЕ 1 В ДЕНЬ....................00 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.................. [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....................66	
K20	В течение скольких лет Вы выкуривали данное количество сигарет? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ 00'.	ЛЕТ.................. [ ][ ]	
K21	Вы когда-либо бросали курить <u>на год или более</u>?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → K27
K22	Бросали ли Вы курить, по причине проблем со здоровьем, вызванных курением или ухудшенных курением?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	
K23	С момента, когда Вы <u>впервые</u> начали курить, сколько <u>всего</u> лет Вы воздерживались от курения? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ 00'.	ЛЕТ.................. [ ][ ]	
K24	ПРОВЕРЬТЕ K12: ДА, КУРИТ СЕЙЧАС [ ] НЕТ [ ] ↓		→ K27
K25	Сколько Вам было лет, когда Вы последний раз курили достаточно регулярно? СПРОСИТЬ: Сколько Вам было лет, когда Вы прекратили курить?	ВОЗРАСТ.................. [ ][ ] НИКОГДА НЕ КУРИЛА РЕГУЛЯРНО....00 НЕ ЗНАЮ....................98	 → K27

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
K26	Приблизительно сколько сигарет Вы выкуривали в день в то время? ЕСЛИ ОТВЕТ ДАН В ПАЧКАХ, СПРОСИТЕ ПРО КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ В ПАЧКЕ И ПЕРЕСЧИТАЙТЕ В КОЛИЧЕСТВО СИГАРЕТ В ДЕНЬ.	МЕНЕЕ 1 В ДЕНЬ ....00 СИГАРЕТ В ДЕНЬ .... ☐☐ ПО РАЗНОМУ..66	
K27	Вы когда-либо употребляли нас?	ДА...1 НЕТ 2	2 → K53
K28	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые начали регулярно употреблять нас?	ВОЗРАСТ.................................. ☐☐ НИКОДГА НЕ УПОТРЕБЛЯЛА РЕГУЛЯРНО..00 НЕ ЗНАЮ...98	
K29	Употребляете ли Вы нас сейчас?	ДА...1 НЕТ 2	2 → K33
K30	Сколько раз в день или в неделю Вы употребляете нас?	НАС РАЗ В ДЕНЬ .... 1 ☐☐ В НЕДЕЛЮ............................ 2 ☐☐ ПО РАЗНОМУ......................................666	→ K53
K33	Приблизительно сколько Вам было лет, когда Вы в последний раз регулярно употребляли нас?	ВОЗРАСТ.................................. ☐☐ НЕ ЗНАЮ 998	
K44	Прекратили ли Вы употребление нас по причине проблем со здоровьем, вызванных или усугубляемых его использованием?	ДА.. 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ...8	
K53	Вы курили ли по крайней мере 20 сигар или 20 трубок с табаком за всю жизнь?	ДА...1 НЕТ 2	

РАЗДЕЛ L. УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ.

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	SKIP
L1	Теперь я хотел(а) бы спросить Вас про алкоголь. Вы когда-либо употребляли напиток, содержащий алкоголь?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → L10
L2	Употребляли ли Вы алкоголь в течение последних 12 месяцев?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → L10
L5	Употребляете ли Вы иногда алкоголь утром, когда Вы просыпаетесь?	ДА....................1 НЕТ....................2	
L6	В течение последнего года, были ли случаи, когда друг/подруга или член семьи рассказал Вам о вещах, которые Вы сказали или делали, когда Вы выпивали, и о которых Вы не помнили?	ДА....................1 НЕТ....................2	
L7	В течение последнего года, было ли у Вас чувство вины или раскаяния после упоребления алкоголя?	ДА....................1 НЕТ....................2	
L8	В течение последнего года, были ли случаи, когда Вы не смогли выполнить то, что обычно от Вас ожидалось выполнить, по причине упоребления алкоголя?	ДА....................1 НЕТ....................2	
L9	В течение последнего года, потеряли ли Вы друзей по причине вашего упоребления алкоголя?	ДА....................1 НЕТ....................2	
L10	По Вашему мнению, насколько серъезна проблема наркотиков в стране? Это очень серъезная проблема, достаточно серъезная, умеренная, незначительная проблема, или не проблема?	ОЧЕНЬ СЕРЪЕЗНАЯ....................1 ДОСТАТОЧНО СЕРЪЕЗНАЯ....................2 УМЕРЕННАЯ ПРОБЛЕМА....................3 НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА....................4 НЕ ПРОБЛЕМА....................5	
L11	Знаете ли Вы лично кого-либо, кто регулярно употребляет наркотики?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ…………………………..8	

РАЗДЕЛ М. СТОМАТОЛОГИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
M1	Как Вы опишите состояние Ваших естественных зубов: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?	ОТЛИЧНОЕ……………………………1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ………………………2 ХОРОШЕЕ………………………………3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ……………. 4 ПЛОХОЕ…………………………………5 НЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ 6	
M10	В течение последних 3 лет, посещали ли Вы стоматолога с целью регулярной профилактики?	ДА...1 НЕТ 2	 → M12
M11	В течение последних 3 лет, сколько раз Вы посещали стоматолога с целью регулярной профилактики?	2 ИЛИ БОЛЕЕ РАЗ В ГОД ....1 1 РАЗ В ГОД ....2 МЕНЕЕ 1 РАЗА В ГОД............................3 НЕ ЗНАЮ...8	
M12	В течение последних 12 месяцев, были ли у Вас какие-либо стоматологические проблемы ?	ДА...1 НЕТ 2	 → M15
M13	Обращались ли Вы к кому-либо за помощью по поводу этой проблемы?	ДА...1 НЕТ 2	 → M15
M14	К кому Вы обращались за помощью? СПРОСИТЕ: К кому-либо еще? ЗАПИШИТЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ.	ДАНТИСТ...A СТОМАТОЛОГ ....B СВП .... C ТАБИБ/ЗНАХАРЬ .... D ДОМА/САМО-ЛЕЧЕНИЕ/ РОДСТВЕННИКИ ....E ДРУГОЕ _________________________ X (УКАЗАТЬ)	
M15	Требуется ли Вам стоматологическая помощь сейчас?	ДА...1 НЕТ 2	 → N1
M16	Какой вид стоматологической помощи Вам требуется сейчас? СПРОСИТЕ: Какие-либо нужды в стоматологической помощи? ЗАПИШИТЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ.	ПРОФИЛАКТИКА ....A ЧИСТКА B ПЛОМБА ИЛИ ЗАМЕНА (НАПРИМЕР, КОРОНКИ И/ИЛИ МОСТЫ).............................C УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ .... D ЛЕЧЕНИЕ ДЕСЕН ....E РАБОТА НАД ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ......F УТОЛЕНИЕ БОЛИ .... G КОСМЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ (НАПРИМЕР, СКОБЫ ИЛИ КРЕПЛЕНИЯ ИЛИ ВЫПРЯМЛЕНИЕ ЗУБОВ)…………………………………....H ДРУГОЕ _________________________ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ...Z	

РАЗДЕЛ N. ТРАВМА

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
N1	Теперь я хотел(а) бы спросить Вас о любых **травмах или отравлениях**, случившихся в **последние 3 месяца.** В последние три месяца, была ли у Вас серьезная травма, в результате которой вы не могли выполнять обычную работу по крайней мере пол-дня?	ДА....1 НЕТ....2	
N2	В последние три месяца, было ли у Вас серьезное отравление, в результате которого Вы не могли выполнять обычную работу по крайней мере пол-дня?	ДА....1 НЕТ....2	
N3	ПРОВЕРЬТЕ N1 & N2: ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ ОДИН ‘ДА’ ☐ ↓ НИ ОДНОГО ‘ДА’ ☐ → N16		N16
N4	В течение последних трех месяцев, обращались ли Вы к врачу за консультацией по причине (травмы/отравления)?	ДА....1 НЕТ....2	2 → N7
N5	Сколько раз, в течение последних трех месяцев, Вы обращались к врачу за консультацией по причине (травмы/отравления)?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.... ☐☐	
N6	Я хотел(а) бы задать несколько вопросов о (последнем случае) отравления/травмы. Где Вы получили консультацию или лечение по поводу этого случая?	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА.... 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА.... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА.... 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК..... 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 15 СВП КЛИНИКА.... 16 ДРУГОЕ ГОС. ________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА.... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА.... 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР.... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ....98	
N7	Когда произошел (последний) несчастный случай травмы/отравления?	ДНЕЙ НАЗАД.... 1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД.... 2 ☐☐	
N8	Был ли этот несчастный случай связан с работой?	ДА....1 НЕТ....2	
N9	Где произошел этот несчастный случай?	ДОМА/МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ....01 ФЕРМА/ДАЧА....02 УЛИЦА/ШОССЕ....03 ПУНКТ ТОРГОВЛИ/ОБСЛУЖИВАНИЯ 04 ПРОМЫШЛ/СТРОИТЕЛЬНАЯ ЗОНА ...05 РАБОЧЕЕ МЕСТО/ОФИС....06 ШКОЛА....07 ДРУГОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗАВЕДЕНИЕ....08 МЕСТО ДЛЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ......09 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ)	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
N10	Чем Вы занимались во время несчастного случая? ЖИЗНЕННОВАЖНЫЕ ЗАНЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ ПРИЕМ ПИЩИ, СОН, И УХОД ЗА СОБОЙ.	СПОРТ .... A ОТДЫХ .... B ПУТЕШЕСТВИЕ .... C ОПЛАЧИВАЕМАЯ РАБОТА .... D НЕОПЛАЧИВАЕМАЯ РАБОТА .... E ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ .... F ЖИЗНЕННОВАЖНОЕ ЗАНЯТИЕ .... G ДРУГОЕ ____________ X (УКАЗАТЬ)	
N11	Этот несчастный случай был результатом непреднамеренного или преднамеренного действия?	НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЙ .... 1 ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ 2	1 → N12
N11 A	По чьей вине случился этот несчастный случай?	САМА .... 11 **СЕМЬЯ** МУЖ .... 21 МАТЬ МУЖА .... 22 СВЕКО .... 23 ДРУГАЯ РОДНЯ МУЖА .... 24 МАТЬ .... 25 ОТЕЦ .... 26 ДРУГИЕ РОДСТВЕННИКИ .... 27 **ВНЕ СЕМЬИ** ДРУТ/ПОДРУГА/ЗНАКОМЫЙ(АЯ) .... 31 СОСЕД(КА) .... 32 ОДНОКЛАССНИК(ЦА) .... 33 УЧИТЕЛЬ .... 34 РАБОТОДАТЕЛЬ .... 35 КОЛЛЕГА .... 36 ЧЛЕН КОМАНДЫ/СОПЕРНИК(ЦА) .... 37 НЕЗНАКОМЕЦ(КА) .... 38 ЖИВОТНОЕ .... 39 ДРУГОЕ ____________ 96 (УКАЗАТЬ)	
N12	Что послужило причиной этого несчастного случая?	ИЧИНА-ТРАНСПОРТ ПАССАЖИР В МАШИНЕ .... 11 СБИТ МАШИНОЙ .... 12 МОТОЦИКЛ .... 14 ВЕЛОСИПЕД .... 14 ТРАКТОР .... 15 ДРУГОЙ ТРАСПОРТ ____________ 16 (УКАЗАТЬ) ТРАНСПОРТНАЯ ПРИЧИНА ПАДЕНИЕ (*С ВЫСОТЫ*) .... 21 ПАДЕНИЕ (*СПОТКНУВШИСЬ*) 22 УДАР ИЛИ СДАВЛЕНИЕ .... 23 ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ .... 24 РАНА, СВЯЗ. С С/ХОЗ-ВОМ..25 ДРУГАЯ РАНА/ПОРЕЗ .... 26 ПОЖАР/ОЖОГ .... 27 УДАР ТОКОМ .... 28 ВДЫХАНИЕ ДЫМА .... 29 ОТРАВЛЕНИЕ .... 30 ОЖОГ КИПЯТКОМ/ПАРОМ .. 31 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ .. 32 ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАС 33 ПОЧТИ УТОПЛЕНИЕ .... 34 СВЯЗ. С ЖИВОТНЫМ .... 32 ДРУГОЕ____________96 (УКАЗАТЬ)	16–33 → N14

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
N13	Были ли Вы травмированы в качестве водителя автомобиля, пассажира автомобиля, велосипедиста, или пешехода?	ВОДИТЕЛЬ АВТОМОБИЛЯ .... 1 ПАССАЖИР В МАШИНЕ .... 2 ВЕЛОСИПЕДИСТ .... 3 ПЕШЕХОД 4	
N14	По причине этого несчастного случая пропустили ли Вы рабочие или учебные дни ?	ДА .... 1 НЕТ 2	 → N16
N15	Сколько дней?	ДНЕЙ НА РАБОТЕ .... 1 ☐☐ ДНЕЙ В ШКОЛЕ .... 2 ☐☐	

N16	Перед тем, как продолжить опрос, разрешите мне еще раз измерить Ваше артериальное давление и пульс. ИЗМЕРЬТЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ПУЛЬС ПРАВОЙ РУКИ И ЗАПИШИТЕ РЕЗУЛЬТАТ.	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ .... ☐☐☐ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ .... ☐☐☐ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НЕ ИЗМЕРЯЛОСЬ .... 995 ПУЛЬС .... ☐☐☐ ПУЛЬС НЕ ИЗМЕРЯЛСЯ 995	

РАЗДЕЛ P. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАДОРОВЬЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ				ПЕРЕХОД
P1	Я зачитаю несколько высказываний, описывающих человеческие чувства. Пожалуйста, скажите мне, сколько дней на прошлой недели Вы ощущали себя подобным образом, если это к Вам относится.	МЕНЕЕ 1 ДНЯ (РЕДКО ИЛИ НИКОГДА)	1-2 ДНЯ (НЕМНОГО ИЛИ ИНОГДА)	3-4 ДНЯ (ПО СЛУЧАЮ ИЛИ УМЕРЕННО ЧАСТО)	5-7 ДНЕЙ (ОЧЕНЬ ЧАСТО ИЛИ ВСЕГДА	
	a. Меня беспокоили вещи, которые обычно меня не беспокоят.	1	2	3	4	
	b. Мне не хотелось есть.	1	2	3	4	
	c. Я не могла избавиться от печали.	1	2	3	4	
	d. Я чувстовала, что я нормальна, как другие люди.	1	2	3	4	
	e. У не могла концентрироваться на том, чем я занималась.	1	2	3	4	
	f. Я чувствовала себя подавленной.	1	2	3	4	
	g. Я чувствовала, что все что я делала, требовало усилий.	1	2	3	4	
	h. Я была полна надежд о будущем.	1	2	3	4	
	i. Я думала, что моя жизнь не удалась.	1	2	3	4	
	j. Я ощущала испуг.	1	2	3	4	
	k. Мой сон был беспокойным.	1	2	3	4	
	l. Я была счастлива.	1	2	3	4	
	m. Я говорила меньше, чем обычно.	1	2	3	4	
	n. Я ощущала себя одинокой.	1	2	3	4	
	o. Люди были недружелюбны.	1	2	3	4	
	p. Я наслаждалась жизнью.	1	2	3	4	
	q. У меня были приступы слез.	1	2	3	4	
	r. Я ощущала грусть.	1	2	3	4	
	s. Я чувствовала, что люди не любят меня.	1	2	3	4	
	t. Я не могла себя заставить заниматься чем-либо.	1	2	3	4	

РАЗДЕЛ Q. СЕМЕЙНОЕ СОСТОЯНИЕ И СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
Q1	Вы сейчас замужем или живете с мужчиной?	ДА, ЗАМУЖЕМ СЕЙЧАС........................ 1 ДА, ЖИВУ С МУЖЧИНОЙ .... 2 НЕТ, НЕ СОСТОЮ В СОЮЗЕ 3	1, 2 → Q5
Q2	Вы когда-либо были замужем или жили с мужчиной?	ДА, БЫЛА ЗАМУЖЕМ .... 1 ДА, ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ .... 2 НЕТ 3	2 → Q10 3 → Q14
Q4	Какой у Вас семейный статус сейчас: Вы вдова, разведены, или живете отдельно?	ВДОВА... 1 РАЗВЕДЕНА .... 2 ЖИВЕТ ОТДЕЛЬНО 3	→ Q10
Q5	Ваш муж/партнер живет с Вами или живет где-либо еще?	ЖИВЕТ С НЕЙ .... 1 ЖИВЕТ ГДЕ-ЛИБО ЕЩЕ 2	
Q6	ЗАПИШИТЕ ИМЯ МУЖА/ПАРТНЕРА И НОМЕР СТРОКИ ИЗ ВОПРОСНИКА ДОМОХОЗЯЙСТВ. ЕСЛИ ОН НЕ УКАЗАН В СПИСКЕ ДОМОХОЗЯЙСТВ, ЗАПИШИТЕ ‘00’.	ИМЯ ______________________________ НОМЕР СТРОКИ .... [ ][ ]	
Q10	Вы были замужем или жили с мужчиной один или более чем один раз?	ОДИН РАЗ .... 1 БОЛЕЕ ОДНОГО РАЗА 2	
Q11	ПРОВЕРЬТЕ Q10: ЗАМУЖЕМ/ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ ТОЛЬКО ОДИН РАЗ [ ] → В каком месяце/году Вы начали жить с Вашим мужем/партнером? ЗАМУЖЕМ/ЖИЛА С МУЖЧИНОЙ БОЛЕЕ ОДНОГО РАЗА [ ] → Теперь мы поговорим о Вашем первом муже/партнере? В каком месяце/году Вы начали жить с ним?	МЕСЯЦ..................................... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ МЕСЯЦ .... 98 ГОД .... [ ][ ][ ][ ] НЕ ЗНАЮ ГОД 9998	ГОД → Q14
Q12	Сколько Вам было лет, когда Вы начали жить с ним?	ВОЗРАСТ .... [ ][ ]	
Q14	Теперь я бы хотнл(а) бы задать несколько вопросов про сексуальную активность, чтобы лучше понять некоторые аспекты семейной жизни. Сколько Вам было лет, когда Вы впервые совершили половой акт (если когда-либо)?	НИКОГДА .... 00 ВОЗРАСТ В ГОДАХ................ [ ][ ] ПЕРВЫЙ РАЗ, КОГДА НАЧАЛА ЖИТЬ С (ПЕРВЫМ) МУЖЕМ/ПАРТНЕРОМ 95	00 → Q24
Q15	Когда Вы совершили половой акт в последний раз? ЗАПИШИТЕ ‘ЛЕТ НАЗАД’ ТОЛЬКО ЕСЛИ ПОЛОВОЙ АКТ БЫЛ В ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ЛЕТ НАЗАД. ЕСЛИ 12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ БОЛЕЕ, ОТВЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПИСАН В ГОДАХ.	ДНЕЙ НАЗАД ....1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ НАЗАД.....................2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ НАЗАД ....3 [ ][ ] ЛЕТ НАЗАД .... 4 [ ][ ]	ЛЕТ НАЗАД → Q24
Q16	Когда Вы совершали половой акт в последний раз, использовали ли вы презерватив?	ДА .... 1 НЕТ 2	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
Q17	Какие у Вас отношения с мужчиной, с которым Вы совершили последний половой акт? ЕСЛИ МУЖЧИНА “ДРУГ” ИЛИ “ЖЕНИХ”, СПРОСИТЕ: Проживал ли друг или жених с Вами , когда Вы совершили с ним половой акт в посдлений раз? ЕСЛИ ДА, ОБВЕДИТЕ ‘01’. ЕСЛИ НЕТ, ОБВЕДИТЕ ‘02’.	МУЖ/СОЖИТЕЛЬ .... 01 ДРУГ/ЖЕНИХ .... 02 ДРУГОЙ ДРУГ...................................... 03 СЛУЧАЙНЫЙ ЗНАКОМЫЙ .... 04 РОДСТВЕННИК .... 05 СЕКСУАЛЬНЫЙ КЛИЕНТ .... 06 ДРУГОЕ_________________________ 96 (УКАЗАТЬ)	01 → Q19
Q18	Сколько продолжались Ваши сексуальные отношения с этим мужчиной?	ДНЕЙ ....1 НЕДЕЛЬ.................................2 МЕСЯЦЕВ ....3 ЛЕТ 4	
Q19	Совершали ли Вы половой акт с другим мужчиной в течение последних 12 месяцев?	ДА ....1 НЕТ 2	2 → Q24
Q20	В последний раз, когда Вы совершили половой акт с другим мужчиной, использовали ли вы презерватив?	ДА ....1 НЕТ 2	
Q21	Какие у Вас отношения с этим мужчиной? ЕСЛИ МУЖЧИНА “ДРУГ” ИЛИ “ЖЕНИХ”, СПРОСИТЕ: Проживал ли друг или жених с Вами , когда Вы совершили с ним половой акт в последний раз? ЕСЛИ ДА, ОБВЕДИТЕ ‘1’. ЕСЛИ НЕТ, ОБВЕДИТЕ ‘2’	МУЖ/СОЖИТЕЛЬ .... 01 ДРУГ/ЖЕНИХ .... 02 ДРУГОЙ ДРУГ...................................... 03 СЛУЧАЙНЫЙ ЗНАКОМЫЙ .... 04 РОДСТВЕННИК .... 05 СЕКСУАЛЬНЫЙ КЛИЕНТ .... 06 ДРУГОЕ_________________________ 96 (УКАЗАТЬ)	01 → Q23
Q22	Сколько времени продолжались Ваши сексуальные отношения с этим мужчиной?	ДНЕЙ ....1 НЕДЕЛЬ.................................2 МЕСЯЦЕВ ....3 ЛЕТ 4	
Q23	В целом, со сколькими различными мужчинами у Вас были сексуальные отношения течение последних 12 месяцев?	КОЛИЧЕСТВО ПАРТНЕРОВ ...	
Q24	Знаете ли Вы, где человек может приобрести презерватив?	ДА ....1 НЕТ 2	2 → R1

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
Q25	Где именно? ЕСЛИ МЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНИЦА, ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ, ИЛИ ПОЛИКЛИНИКА, ЗАПИШИТЕ НАЗВАНИЕ МЕСТА. СПРОСИТЕ ПРО ВИД ИСТОЧНИКА И ОБВЕДИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОД. ____________________ (НАЗВАНИЕ МЕСТА) Другое место? ЗАПИШИТЕ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕСТА.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....A ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА....................B РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..................... C УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИКА. .... D ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....E СВП КЛИНИКА ....F ГОС. ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ.................... G КЛИНИКА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ. H ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ____________________ I (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА......................... J ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА..................K ЧАСТНЫЙ ДОКТОР..............................L ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....M ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ .... N КЛИНИКА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ O ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ____________________ P (УКАЗАТЬ) ДРУГОЙ ИСТОЧНИК АПТЕКА .... Q МАГАЗИН/РЫНОК .... R МАШИНА-АВТОМАТ ....S ДРУГ/ПЛДРУГА/РОДСТВЕННИК .. T ДРУГОЕ ________________ U (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ X	
Q26	Если бы Вы захотели, смогли бы Вы сами приобрести презерватив?	ДА .... 1 НЕТ.. 2 НЕ ЗНАЮ/НЕ УВЕРЕНА 8	

РАЗДЕЛ R. СПИД И ДРУГИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
R1	Теперь я бы хотел(а) поговроить с Вами на другую тему. Вы когда-либо слышали о заболевании СПИД?	ДА....................1 НЕТ....................2	 → R24
R2	Может ли человек что-либо сделать, чтобы избежать заражение СПИДом или вирусом, ведущем к заболеванию СПИДом ?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	 → R9
R3	Что может человек предпринять? Что-либо еще? ЗАПИШИТЕ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕРЫ.	ВОЗДЕРЖИВАТЬСЯ ОТ СЕКСА……A ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЗЕРВАТИВ….B ОГРАНИЧИТЬСЯ ОДНИМ ПАРТНЕРОМ/ХРАНИТЬ ВЕРНОСТЬ ОДН. ПАРТНЕР……..C ОГРАНИЧИТ КОЛИЧЕСТВО СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ…..D ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ПРОСТИТУТК…E ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ЛЮДЬМИ, У КОТОРЫХ МНОГО ПАРТНЕРОВ..F ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ГОМОСЕКСУАЛИСТАМИ…………….G ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ЛЮДЬМИ, КОТОРЫЕ ВВОДЯТ НАРКОТИКИ В ВЕНЫ……………………………..H ИЗБЕГАТЬ ПЕРЕЛИВАНИЙ КРОВИ..I ИЗБЕГАТЬ ИНЪЕКЦИИ ………………J НЕ ДЕЛИТЬСЯ БРИТВОЙ/ЛЕЗВ…….K ИЗБЕГАТЬ ПОЦЕЛУЕВ……………….L ИЗБЕГАТЬ УКУСОВ КОМАРОВ…….M ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К НАРОДНОМУ ЦЕЛИТЕЛЮ………N ДРУГОЕ ______________________ W (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ ______________________ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ……………………………Z	
R4	Могут ли люди снизить шансы заражения вирусом/СПИДом. имея только одного незараженного сексуального партнера, у которого в свою очередь нет других партнеров?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	
R5	Может ли человек заразиться вирусом СПИДа через укус комара?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	
R6	Могут ли люди снизить шансы заражения вирусом СПИДа, используя презерватив каждый раз во время полового акта?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	
R7	Может ли человек заразиться ВИЧ инфекцией, разделяя еду с человеком, зараженным СПИДом?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	
R8	Может ли человек заразиться вирусом СПИДа через укол/инъекции иглой, которая до этого уже использовалась кем-либо еще?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	
R9	Может ли человек, выглядещий здоровым, быть инфецирован вирусом СПИДа?	ДА....................1 НЕТ....................2 НЕ ЗНАЮ....................8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
R10	Может ли вирус, вызывающий СПИД, передаваться от матери к ребенку?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	2, 8 → R13
R11	Когда вирус, вызывающий СПИД, может передаться от матери к ребенку? Во время беременности? Во время родов? Во время кормления грудью?	ДА НЕТ НЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕН. 1 2 8 ВО ВРЕМЯ РОДОВ..... 1 2 8 КОРМЛЕНИЕ ГРУД..... 1 2 8	
R13	ПРОВЕРЬТЕ Q1: ЗАМУЖЕМ/ ЖИВЕТ С МУЖЧИНОЙ ☐ ↓ НЕ ЗАМУЖЕМ /НЕ ЖИВЕТ С МУЖЧИНОЙ ☐ →		R15
R14	Вы когда-либо обсуждали меры, как предотвратить заражение вирусом, вызывающим СПИД, с (вашим мужем/мужчиной, с которым Вы живете)?	ДА .... 1 НЕТ 2	
R15	По Вашему мнению, приемлемо или не примлемо обсуждать СПИД: На радио? На ТВ? В газетах?	ПРИЕМ-ЛЕМО НЕПРИЕМ-ЛЕМО НА РАДИО .... 1 2 НА ТВ .... 1 2 В ГАЗЕТАХ 1 2	
R16	Если член Вашей семьи заразился вирусом, вызывающим СПИД, хотели бы Вы держать это в секрете или нет?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ/НЕ УВЕРЕНА 8	
R19	Должны ли подростки12-14 лет обучаться, как использовать презерватив для предупреждения СПИДа?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ/НЕ УВЕРЕНА/ЗАВИСИТ 8	
R20	У Вас когда-либо брали анализ, что бы определить, есть ли у Вас вирус СПИДа?	ДА .... 1 НЕТ 2	1 → R24
R21	Вы бы хотели провериться на наличие вируса СПИДа?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ/НЕ УВЕРЕНА/ЗАВИСИТ 8	
R22	Знаете ли Вы о месте, где Вы можете провериться на наличие вируса СПИДа?	ДА .... 1 НЕТ 2	
R24	(Кроме СПИДа) слышали ли Вы о (других) заболеваниях, передающихся половым путем?	ДА .... 1 НЕТ 2	2 → R33
R31	ПРОВЕРЬТЕ Q14: ИМЕЛА ПОЛОВОЙ КОНТАКТ ☐ ↓ НЕ БЫЛО ПОЛОВОГО КОНТАКТА ☐ →		S7
R32	Теперь я хотел(а) бы задать несколько вопросов про ваше здоровье в течение последних 12 месяцев. В течение последних 12 месяцев, была ли у Вас болезнь, передающаяся половым путем?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ 8	
R33	Иногда у женщины бывают необычные ненормальные выделения из половых путей. В течение последних 12 месяцев, были ли у Вас необычные влагалищные выделения?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЗ 8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
R34	Иногда у женщины может быть ссадина или язва на половых органах. В течение последних 12 месяцев, была ли у Вас ссадина или язва на половых органах провериться на наличие вируса СПИДа?	ДА....1 НЕТ....2 НЗ....8	
R35	ПРОВЕРЬТЕ R32-R34: БЫЛА ИНФЕКЦИЯ ☐ ↓ НЕ БЫЛО ИНФЕКЦИИ ИЛИ НЕ ЗНАЕТ ☐ → S7		S7
R36	В последний раз, когда у Вас была (ПРОБЛЕМА/Ы ИЗ R32/R33/R34), обращались ли Вы за консультацией или лечением?	ДА....1 НЕТ....2	 → R38
R37	В последний раз, когда у Вас была (ПРОБЛЕМА/Ы ИЗ R32/R33/R34), Вы делали что-либо из перечисленного? Вы… Обратились в поликлинику, больницу или частному доктору? Обратились к народному целителю? Обратились за консультацией или приобрели лекарство в магазине или аптеке? Спросили совета у друзей или родственников?	ДА НЕТ ПОЛИКЛ./БОЛЬНИЦА.... 1 2 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ .... 1 2 МАГАЗИН/АПТЕКА .... 1 2 ДРУЗЬЯ/РОДСТВЕННИКИ. 1 2	
R38	Когда у Вас была (ПРОБЛЕМА/Ы ИЗ R32/R33/R34), сообщили ли Вы об этом человеку, с которым Вы имеете половую связь?	ДА....1 НЕТ....2 НЕКОТОРЫМ/НЕ ВСЕМ....3 НЕ БЫЛО ПАРТНЕРА....4	 → S7
R39	Когда у Вас была (ПРОБЛЕМА ИЗ R32/R33/R34), предприняли ли Вы какие-либо меры, чтобы не заразить вашего партнера(ов)?	ДА....1 НЕТ....2 ПАРТНЕР УЖЕ ЗАРАЖЕН....3	 2, 3 → S7
R40	Какие меры Вы предприняли, чтобы не заразить вашего сексуального партнера(ов)? Вы… Приняли лекарство? Прекратили заниматься сексом? Использовали презерватив во время полового акта?	ДА НЕТ ПРИНЯТЬ ЛЕКАРСТВО...... 1 2 ПРЕКРАТИТЬ СЕКС .... 1 2 ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЗЕР..1 2	

РАЗДЕЛ S. РАБОТА ЖЕНЩИНЫ И ДРУГИЕ ТЕМЫ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
S7	Работаете ли Вы сейчас вне дома?	ДА....1 НЕТ....2	1→S10
S8	Как Вам известно, некоторые женщины соглашаются на работу, за которую им платят наличными или товарами. Другие продают вещи, заводят небольшой бизнес или работают на семейных фермах или в семейном бизнесе. Занимаетесь ли Вы сейчас чем-либо из указанного или иной работой?	ДА....1 НЕТ....2	1→S10
S9	Работали ли Вы в последние 12 месяцев?	ДА....1 НЕТ....2	2→S19
S10	Чем Вы обычно занимаетесь, т.е. какую работу Вы в основном выполняете?	☐☐ ________________ ________________ ________________	
S11	ПРОВЕРЬТЕ S10: РАБОТАЕТ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ ☐ ↓ ☐ НЕ РАБОТАЕТ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ → S13		S13
S12	Работаете ли Вы в основном на своей земле, или на земле, принадлежащей Вашей семье, или на арендованной земле, или на принадлежащей кому-то земле, или в колхозе?	ВЛАДЕЮ ЗЕМЛЕЙ....1 ВЛАДЕНИЯ СЕМЬИ....2 АРЕНДОВАННАЯ ЗЕМЛЯ....3 ЧУЖИЕ ВЛАДЕНИЯ....4 КОЛХОЗ....5	
S13	Работаете ли Вы на члена Вашей семьи, на чужого человека или на себя?	НА ЧЛЕНА СЕМЬИ....1 НА ЧУЖОГО ЧЕЛОВЕКА....2 НА СЕБЯ....3	
S14	Работаете ли Вы обычно дома или вне дома?	ДОМА....1 ВНЕ ДОМА....2	
S15	Работаете ли Вы обычно круглый год, или у Вас сезонная работа, или Вы работаете время от времени?	КРУГЛЫЙ ГОД....1 СЕЗОННАЯ РАБОТА....2 ВРЕМЯ ОТ ВРЕМЕНИ....3	
S16	Платят ли Вам деньгами, или товарами, или совсем не платят за эту работу?	ТОЛЬКО ДЕНЬГИ....1 ДЕНЬГИ И ТОВАРЫ....2 ТОЛЬКО ТОВАРЫ....3 НЕ ПЛАТЯТ....4	3, 4→S19
S17	Кто обычно решает, как израсходовать заработанные Вами деньги?	РЕСПОНДЕНТ....1 МУЖ/ ПАРТНЕР....2 СОВМЕСТНО РЕСПОНДЕНТ И МУЖ/ПАРТНЕР....3 СВЕКРОВЬ....4 КТО-ТО ИНОЙ....5 СОВМЕСТНО РЕСПОНДЕНТ И КТО-ТО ИНОЙ....6	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
S18	В среднем, какую часть Ваших домашних расходов покрывают заработанные Вами деньги: почти ничего, менее половины, около половины, более половины, все?	ПОЧТИ НИЧЕГО ....1 МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ....2 ОКОЛО ПОЛОВИНЫ ....3 БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ....4 ВСЕ ....5 НИЧЕГО, ВЕСЬ ДОХОД ОТКЛАДЫВАЕТСЯ. 6	
S19	ПРИСУТСТВИЕ ИНЫХ ЛИЦ В ДАННОЕ ВРЕМЯ ИНТЕРВЬЮ (ПРИСУТСТВУЮТ И СЛУШАЮТ, ПРИСУТСТВУЮТ, НО НЕ СЛУШАЮТ, ИЛИ НЕ ПРИСУТСТВУЮТ).	(ПРИСУТ/ СЛУШАЮТ / ПРИСУТ/ НЕ СЛУШАЮТ / НЕ ПРИСУТ) ДЕТИ <10: 1 2 8 МУЖ: 1 2 8 ИНЫЕ МУЖЧИНЫ: 1 2 8 ИНЫЕ ЖЕНЩИНЫ: 1 2 8	
S20	CHECK Q1 AND Q2: КОГДА-ЛИБО БЫЛА ЗАМУЖЕМ ☐ ↓	НИКОГДА НЕ БЫЛА ЗАМУЖЕМ ☐	→ S28
S22	Мне бы хотелось задать несколько вопросов о Вашем (нынешнем\ бывшем) (муже\партнере) Как долго Вы были знакомы со своим (нынешним\ бывшим) (мужем\партнером) прежде чем Вы (вышли за него замуж\стали жить вместе)?	ВСТРЕТИЛАСЬ В ДЕНЬ СВАДЬБЫ ....1 МЕНЕЕ 1 МЕСЯЦА ....2 ОТ 1 МЕСЯЦА ДО 1 ГОДА ....3 1 ГОД ИЛИ БОЛЕЕ 4	
S23	До того, как Вы (вышли замуж\стали жить вместе с первым партнером), Вы были с ним как-то родственно связаны?	ДА....1 НЕТ 2	 → S25
S24	Каким образом Вы были связаны?	ДВОЮРОДНЫЙ БРАТ ОТЦА....1 ДВОЮРОДНЫЙ БРАТ СТОРОНЫ МАТЕРИ ....2 ТРОЮРОДНЫЙ БРАТ ....3 ДЯДЯ ....4 ДРУГОЙ РОДСТВЕННИК ПО КРОВИ ....5 ЗЯТЬ,ШУРИН, ДЕВЕРЬ ....6 ДРУГОЙ НЕКРОВНЫЙ РОДСТВЕН 7	
S25	Кто выбирал Вашего (нынешнего\ бывшего) /(мужа\партнера)?	РЕСПОНДЕНТ ....1 РЕСПОНДЕНТ И МУЖ/ПАРТНЕР ВЫБРАЛИ ДРУГ ДРУГА ....2 ВЫБРАЛИ РЕСПОНДЕНТ И КТО-ТО ДРУГОЙ ....3 ВЫБОР СЕМЬИ РЕСПОНДЕНТА....4 МУЖ/ПАРТНЕР ИЛИ ЕГО СЕМЬЯ ВЫБРАЛИ РЕСПОНДЕНТА ....5 ВЫБРАЛ КТО-ТО ДРУГОЙ 6	
S26	Живут ли обычно с Вами вместе в этом доме родственники мужа\ партнера? ЕСЛИ ДА: Кто из родственников Вашего мужа\партнера обычно живет с Вами? ЗАПИСАТЬ ВСЕХ УКАЗАННЫХ ЛИЦ..	МАТЬ ....A ОТЕЦ ....B БРАТ/БРАТЬЯ....C СЕСТРА/СЕСТРЫ ....D ЖЕНА/ЖЕНЫ БРАТА/БРАТЬЕВ....E МУЖ/МУЖЬЯ СЕСТРЫ/СЕСТЕР ....F ДРУГОЕ ____________ X (УКАЗАТЬ) НИКТО ....Y	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
S27	Сейчас мне бы хотелось задать Вам несколько вопросов о финансовом положении. Я задаю их только для того, чтобы лучше понять финансовое положение женщин. Расскажите мне, владеете ли Вы сами, или вместе с мужем или с кем-то иным.... Землей? Домом\ жилищем, в котором Вы живете? Иным домом, квартирой или жилищем? Машиной? Драгоценностями? Живностью (ПРИВЕДИТЕ МЕСТНЫЕ ПРИМЕРЫ)?	НЕ ВЛАДЕЕТ / СОВМ. ВЛАД / САМОСТ. ВЛАД | Если возникнет необходимость, сможете ли Вы продать (ИМУЩЕСТВО) без чьего-либо разрешения? ДА / НЕТ / НЗ 1 2 3→ | 1 2 8 1 2 3→ | 1 2 8 1 2 3→ | 1 2 8 1 2 3→ | 1 2 8 1 2 3→ | 1 2 8 1 2 3→ | 1 2 8	
S28	Контролируете ли Вы сами деньги, необходимые для покупки следующих предметов? Овощей или фруктов? Одежды для себя? Лекарств для себя? Косметики для себя (ПРИВЕДИТЕ МЕСТНЫЕ ПРИМЕРЫ)?	ДА / НЕТ / НЕКОТОРЫЕ / НЕ ПОКУПЕТ ОВОЩ/ФРУК . 1 2 3 4 ОДЕЖДА........ 1 2 3 4 ЛЕКАРСТВО.. 1 2 3 4 КОСМЕТИКА . 1 2 3 4	
S29	Кто в Вашей семье обычно имеет последнее слово при принятии следующих решений: Забота о Вашем здоровье? Крупные покупки в дом? Покупка товаров для повседневного пользования ? Посещение семьи или родственников? Посещение Ваших друзей по соседству? Какую пищу готовить каждый день? Надо ли Вам работать, чтобы заработать деньги? Пользоваться или нет противозачаточными средствами?	РЕСПОНДЕНТ =1 МУЖ/ПАРТНЕР =2 РЕСПОНДЕНТ И МУЖ/ПАРТНЕР СОВМЕСТНО=3 СВЕКРОВЬ=4 КТО-ТО ЕЩЕ =5 РЕСПОНДЕНТ И КТО-ТО ЕЩЕ СОВМЕСТНО=6 РЕШЕНИЕ НЕ ПРИНИМАЕТСЯ НЕПРИМЕНИМО=7 ЗДОРОВЬЕ 1 2 3 4 5 6 7 КРУПН. ПОКУПК. 1 2 3 4 5 6 7 ПОВСЕД. ПОКУПКИ 1 2 3 4 5 6 7 ВИЗИТЫ- СЕМЬЯ 1 2 3 4 5 6 7 ВИЗИТЫ-ДРУЗЬЯ 1 2 3 4 5 6 7 ПИТАНИЕ 1 2 3 4 5 6 7 РАБОТА 1 2 3 4 5 6 7 КОНТРАЦЕПЦИЯ 1 2 3 4 5 6 7	
S30	Разрешено ли Вам ходить в следующие места одной, только в сопровождении кого-либо, или совсем не разрешено ? На местный рынок за покупками? В местную поликлинику или к врачу? В дома друзей по соседству?	ОДНА / НЕ ОДНА / НЕ РАЗРЕШЕНО РЫНОК 1 2 3 ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ 1 2 3 ДРУЗЬЯ 1 2 3	
S31	Муж и жена не всегда во всем согласны друг с другом. Скажите, пожалуйста, считаете ли Вы возможным для жены отказаться от секса с мужем когда: Она знает, что у мужа венерическая болезнь? Она знает, что муж имеет секс с другой женщиной? Она недавно родила? Она устала или не в настроении?	ДА / НЕТ / НЗ ВЕНЕРИЧ. БОЛЕЗ 1 2 8 ДРУГИЕ ЖЕНЩ. 1 2 8 НЕДАВНИЕ РОДЫ 1 2 8 УСТАЛ/НАСТРОЕН. 1 2 8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
S32	Иногда муж раздражен или зол на жену за то, что она сделала. По Вашему мнению, прав ли муж, когда он ударяет или бьет жену в следующих ситуациях : Если она уходит из дома, не сказав ему? Если она не занимается детьми? Если она спорит с ним? Если она отказывается иметь с ним секс? Если у нее пригорела еда?	ДА НЕТ НЗ УХОДИТ 1 2 8 ИГН. ДЕТЕЙ 1 2 8 СПОРИТ 1 2 8 ОТКАЗ ОТ СЕКСА 1 2 8 ГОРЕЛАЯ ЕДА 1 2 8	
S33	С концом Советского режима многие люди потеряли работу. Потеряли ли Вы работу когда-нибудь за последние 10 лет?	ДА.....1 НЕТ.....2	
S34	ПРОВЕРИТЬ S7 – S8: НЕТ КОДА '1' ; НЕ РАБОТАЕТ ☐ ↓	ЛЮБОЙ КОД '1'; РАБОТАЕТ ☐ →	S36
S35	В настоящее время Вы не работаете. Это оттого, что Вы не хотите работать, или оттого, что Вы не смогли найти работу?	НЕ ХОЧЕТ РАБОТАТЬ.....1 НЕ МОЖЕТ НАЙТИ.....2 ДРУГОЕ ______________ 6 (УКАЗАТЬ)	

S36

ВЫВЕДИТЕ СРЕДНЕЕ ИЗ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ВЫВЕДЕТЕ СРЕДНЕЕ ИЗ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ИЗ ДВУХ ЗАМЕРОВ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ. ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ И ОТДАЙТЕ ЕЕ РЕСПОНДЕНТУ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОТОКОЛОМ ТРЕНИНГА ПО ИЗМЕРЕНИЮ ДАВЛЕНИЯ. ИСПОЛЬЗУЙТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ТАБЛИЦУ ДЛЯ ВЫПИСКИ ПРАВИЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ.

Давление у взрослых

	ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ (НИЖНЕЕ)					
СИСТОЛИЧЕСКОЕ	<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥120
<129	1	2	3	4	5	6
130-139	2	2	3	4	5	6
140-159	3	3	3	4	5	6
160-179	4	4	4	4	5	6
180-209	5	5	5	5	5	6
≥210	6	6	6	6	6	6

S36 A	Министерство здравоохранения благодарит Вас за участие в исследовании. Если Министерству потребуется дополнительная информация о здоровье Вашей семьи, может ли интервьюер еще раз обратиться к Вам и задать дополнительные вопросы?	ДА.....1 НЕТ.....2	
S37	ЗАПИШИТЕ ВРЕМЯ	ЧАСЫ..... ☐☐ МИНУТЫ..... ☐☐	

НАБЛЮДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮЕРА

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ИНТЕРВЬЮ

КОММЕНТАРИИ О РЕСПОНДЕНТЕ:

КОММЕНТАРИИ О КОНКРЕТНЫХ ВОПРОСАХ:

ДРУГИЕ КОММЕНТАРИИ::

НАБЛЮДЕНИЯ СУПЕРВАЙЗЕРА

ФИО СУПЕРВИЗОРА:______________________________________ДАТА: ____________________________

НАБЛЮДЕНИЯ РЕДАКТОРА

ФИО РЕДАКТОРА:____ДАТА: ____________________________

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА-2002
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНКЕТА МУЖЧИН

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ КАРТОЧКА

НАЗВАНИЕ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА ______________________________

ИМЯ ГЛАВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ______________________________

НОМЕР КЛАСТЕРА ....

НОМЕР ДОМОХОЗЯЙСТВА ....

ОБЛАСТЬ ....

РАЙОН

МАХАЛЛЯ/СЕЛЬСКИЙ СХОД ....

ГОРОДСКОЙ/СЕЛЬСКИЙ (ГОРОДСКОЙ=1, СЕЛЬСКИЙ=2)....................

БОЛЬШОЙ ГОРОД/НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД/ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА/СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ (БОЛЬШОЙ ГОРОД=1, НЕБОЛЬШОЙ ГОРОД=2, ПОСЕЛОК ГОРОДСКОГО ТИПА=3, СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ=4)

ИМЯ МУЖЧИНЫ И НОМЕР СТРОКИ ______________________________

ВИЗИТЫ ИНТЕРВЬЮЕРА

	1	2	3	ПОСЛЕДНИЙ ВИЗИТ
ДАТА	________	________	________	ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД 2 0 0 2
ИМЯ ИНТЕРВЬЮЕРА	________	________	________	ИМЯ
РЕЗУЛЬТАТ*	________	________	________	РЕЗУЛЬТАТ
СЛЕД. ВИЗИТ: ДАТА	________	________		ОБЩЕЕ ЧИСЛО ВИЗИТОВ
ВРЕМЯ	________	________		

*КОД РЕЗУЛЬТАТА:

1	ВЫПОЛНЕНО	4	ПОЛУЧЕН ОТКАЗ		
2	НЕТ ДОМА	5	ВЫПОЛНЕНО ЧАСТИЧНО	7	ДРУГОЕ ________
3	ОТЛОЖЕНО	6	НЕПРИМЕНИМО		(УКАЗАТЬ)

	УЗБЕКСКИЙ	РУССКИЙ	ДРУГОЙ
4. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ПРОВОДИЛОСЬ ИНТЕРВЬЮ	1	2	3
5. РОДНОЙ ЯЗЫК РЕСПОНДЕНТА	1	2	3
	ДА	НЕТ	
6. БЫЛ ЛИ ПРИВЛЕЧЕН ПЕРЕВОДЧИК	1	2	

СУПЕРВИЗОР	ПОЛЕВОЙ РЕДАКТОР	РЕДАКТОР В ОФИСЕ	ОПЕРАТОР
ИМЯ ________	ИМЯ ________		
ДАТА ________	ДАТА ________		

РАЗДЕЛ А:ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕСПОНДЕНТЕ И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

ЗНАКОМСТВО И СОГЛАСИЕ

ОСОЗНАННОЕ СОГЛАСИЕ

Здравствуйте. Меня зовут ____________________________ я работаю в Министерстве Здравоохранения. Мы проводим общенациональное обследование здоровья женщин, мужчин и детей. Мы были бы очень признательны, если бы Вы приняли участие в этом опросе. Подписали ли Вы форму согласия?

ЕСЛИ ДА, ВОЗЬМИТЕ ФОРМУ У РЕСПОНДЕНТА. ЕСЛИ НЕТ, РАБОТАЙТЕ С РЕСПОНДЕНТОМ ДО МОМЕНТА ПОДПИСАНИЯ, ЗАТЕМ ПРОДОЛЖАЙТЕ ИНТЕРВЬЮ.

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
A1	ЗАПИШИТЕ ВРЕМЯ	ЧАСЫ .... [ ][ ] МИНУТЫ.................................... [ ][ ]	
A2	Сначала мне хотелось бы задать Вам несколько вопросов о Вас и Ваших домочадцах. До того, как Вам исполнилось 12 лет, Вы, в основном, жили в большом городе, маленьком городке или в сельской местности?	БОЛЬШОЙ ГОРОД...................................1 МАЛЕНЬКИЙ ГОРОД...............................2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
A3	Сколько времени Вы живете непрерывно в (НАЗВАНИЕ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ)? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИСАТЬ '00' ЛЕТ	ЛЕТ.. [ ][ ] ВСЕГДА ....95 ПРИЕХАЛ НАВЕСТИТЬ.........................96	95, 96 → A4A
A4	До того, как Вы переехали сюда, Вы жили в большом городе, маленьком городке или в сельской местности?	БОЛЬШОЙ ГОРОД...................................1 МАЛЕНЬКИЙ ГОРОД...............................2 СЕЛЬСКАЯ МЕСТНОСТЬ 3	
A4A	В течение последних 12 месяцев, уезжали ли Вы из дома или спали вне дома?	ДА..1 НЕТ 2	2 → A5
A4B	В течение последних 12 месяцев, сколько отдельных раз Вы уезжали из дома или спали вне дома?	КОЛИЧЕСТВО ОТЪЕЗДОВ...... [ ][ ]	
A4C	В течение последних 12 месяцев,уезжали ли Вы из (НАЗВАНИЕ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ) более, чем на месяц за раз?	ДА..1 НЕТ 2	
A5	В каком месяце и году Вы родились?	МЕСЯЦ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЕТ МЕСЯЦА ....98 ГОД .... [ ][ ][ ][ ] НЕ ЗНАЕТ ГОДА 9998	
A6	Сколько лет Вам исполнилось в Ваш последний день рождения? СРАВНИТЕ ОТВЕТЫ A5 И/ИЛИ A6 И ВНЕСИТЕ ИСПРАВЛЕНИЯ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО	ПОЛНЫХ ЛЕТ............................ [ ][ ]	
A7	Учились ли Вы когда-либо в учебном заведении?	ДА..1 НЕТ 2	2 → A10

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
A8	Какой самый высокий уровень образовательного учреждения Вы посещали? ЗАДАЙТЕ ВОПРОС: начальное, среднее, ПТУ/СПТУ, техникум или высшее?	НАЧАЛЬНОЕ ....1 СРЕДНЕЕ ....2 ПТУ/СПТУ....3 ТЕХНИКУМ ....4 УНИВЕРСИТЕТ/ИНСТИТУТ....5	
A9	Какой класс/курс/год Вы закончили на этом уровне?	КЛАСС/КУРС .... ☐☐	
A10	Работаете ли Вы сейчас?	ДА....1 НЕТ 2	1 → A10C
A10 A	Работали ли Вы в последние 12 месяцев?	ДА....1 НЕТ 2	1 → A10C
A10 B	Чем Вы занимались большую часть времени в течение последних 12 месяцев?	ПОСЕЩАЮ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ/УЧУСЬ....1 ИЩУ РАБОТУ....2 НЕ ЗАНЯТ....3 НЕ МОГУ РАБОТАТЬ/ИНВАЛИД ....4 ДРУГОЕ ________ 6 (УКАЗАТЬ)	1–6 → A17
A10 C	Чем Вы обычно занимаетесь, т.е. какую работу Вы в основном выполняете?	☐☐ ________ ________ ________	
A11	ПРОВЕРЬТЕ A10C: ☐ РАБОТАЕТ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ ↓ ☐ НЕ РАБОТАЕТ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ →		A13
A12	Работаете ли Вы в основном на своей земле, или на земле, принадлежащей Вашей семье, или на арендованной земле, или на принадлежащей кому-то земле, или в колхозе?	ВЛАДЕЮ ЗЕМЛЕЙ ....1 ВЛАДЕНИЯ СЕМЬИ....2 АРЕНДОВАННАЯ ЗЕМЛЯ....3 ЧУЖИЕ ВЛАДЕНИЯ....4 КОЛХОЗ....5	
A13	В течение последних 12 месяцев, сколько месяцев Вы работали?	КОЛИЧЕСТВО МЕСЯЦЕВ .... ☐☐	
A14	Платят ли Вам деньгами, или товарами, или совсем не платят за эту работу?	ТОЛЬКО ДЕНЬГИ....1 ДЕНЬГИ И ТОВАРЫ ....2 ТОЛЬКО ТОВАРЫ....3 НЕ ПЛАТЯТ 4	3, 4 → A17
A15	В среднем, насколько расходы Вашего домохозяйства покрываются вашими доходами: почти ничего, менее половины, около половины, более половины, или все?	ПОЧТИ НИЧЕГО ....1 МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ....2 ОКОЛО ПОЛОВИНЫ ....3 БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ....4 ВСЕ ....5 НИЧЕГО, ВЕСЬ ДОХОД ОТКЛАДЫВАЕТСЯ. 6	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
A17	Каково Ваше вероисповедание? ЗАДАЙТЕ ВОПРОС: Вы мусульманин, христианин, исповедуете другую религию или Вы не религиозны?	МУСУЛЬМАНИН ....1 ХРИСТИАНИН...2 НЕВЕРУЮЩИЙ.......................................3 ДРУГОЕ ________________________ 6 (УКАЗАТЬ)	
A18	Какова ваша национальность? ЗАДАЙТЕ ВОПРОС: Вы узбек, русский, каракалпак, таджик или представитель другой национальности?	УЗБЕК ....1 РУССКИЙ ....2 КАРАКАЛПАК ....3 ТАДЖИК ....4 ДРУГОЕ ________________________ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЕТ..8	
A29	В общем, можете ли Вы сказать, что Ваше здоровье: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?	ОТЛИЧНОЕ ....1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ ....2 ХОРОШЕЕ ....3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ....4 ПЛОХОЕ 5	
A30	Вспомните последние две недели, заканчивая вчерашним днем. Снизилась ли ваша активность по дому, на работе или в свободное время по сравнению с обычной по причине болезни или травмы?	ДА..1 НЕТ 2	 → A33
A31	На сколько дней, в течение этих двух недель, включая субботу и воскресенью, Вам пришлось снизить свою активность?	ДНИ .... [ ][ ]	
A32	Сколько из этих дней Вы полностью или большей частью лежали в постели?	ДНИ .... [ ][ ]	

A33	Теперь я буду задавать вопросы о хронических заболеваниях. ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ A33 A –E (ПЕРВЫЙ СТОЛБЕЦ). ЕСЛИ 'ДА' ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ A34-A36. ЕСЛИ 'НЕТ' ИЛИ 'НЗ' ПЕРЕЙДИТЕ ПО СТРЕЛКЕ. У Вас когда-либо в жизни была::		**A34.** Было ли это (СОСТОЯНИЕ) диагностировано врачом?	**A35.** Было ли у Вас это (СОСТОЯНИЕ) в течение последних 12 месяцев?	**A36**. Принимали ли Вы лекарства или лечились ли Вы по поводу этого (СОСТОЯНИЯ) в течение последних 12 месяцев?
A	Астма?	ДА ....1 НЕТ ....2 НЗ.............................8 (ПЕРЕЙТИ К A33B)	ДА ....1 НЕТ 2	ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ 2
B	Диабет?	НЕТ ....2 НЗ.............................8 (ПЕРЕЙТИ К A33C)	ДА ....1 НЕТ 2	ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ 2
C	Хронический бронхит или эмфизема?	ДА ....1 НЕТ ....2 НЗ.............................8 (ПЕРЕЙТИ К A33D)	ДА ....1 НЕТ 2	ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ 2
D	Хроническая депрессия?	ДА .... 1 НЕТ...................... 2 НЗ .... 8 (ПЕРЕЙТИ К A33E)	ДА ....1 НЕТ 2	ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ 2

A33	Теперь я буду задавать вопросы о хронических заболеваниях. ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ А33 А –Е (ПЕРВЫЙ СТОЛБЕЦ). ЕСЛИ 'ДА' ЗАДАЙТЕ ВОПРОСЫ А34-А36. ЕСЛИ 'НЕТ' ИЛИ 'НЗ' ПЕРЕЙДИТЕ ПО СТРЕЛКЕ. У Вас когда-либо в жизни была::		**А34.** Было ли это (СОСТОЯНИЕ) диагностировано врачом?	**А35.** Было ли у Вас это (СОСТОЯНИЕ) в течение последних 12 месяцев?	**А36**. Принимали ли Вы лекарства или лечились ли Вы по поводу этого (СОСТОЯНИЯ) в течение последних 12 месяцев?
Е	Какие-либо другие заболевания или состояния, которые продолжались более 3 месяцев? ЕСЛИ ДА, СПРОСИТЬ: Какие продолжительные заболевания или состояния? (МАКСИМУМ 3 ЗАБОЛЕВАНИЯ)	ДА .... 1 ________________ (УКАЗАТЬ) ________________ (УКАЗАТЬ) ________________ (УКАЗАТЬ) НЕТ..................... 2 (ПЕРЕЙТИ К D1)	ДА ....1 НЕТ ....2 ДА ....1 НЕТ ....2 ДА ....1 НЕТ 2	ДА.........................1 НЕТ ....2 ДА.........................1 НЕТ ....2 ДА.........................1 НЕТ 2	ДА........................ 1 НЕТ .... 2 ДА........................ 1 НЕТ .... 2 ДА........................ 1 НЕТ 2

РАЗДЕЛ D. ПИТАНИЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
D1	Теперь я хотел(а) бы поговорить о Вас и некоторых аспектах Вашего здоровья. Следующие вопросы касаются потребляемой Вами пищи. В течение последних шести месяцев, случалось ли, что Вы не принимали пищу в течении одного или более дней?	ДА....1 НЕТ 2	 → D3
D2	Каковы были причины того, что Вы не принимали пищу в течение одного или более дней? ЗАПИСАТЬ ВСЕ УКАЗАННОЕ.	НЕ БЫЛО ДОСТАТОЧНО ДЕНЕГ КУПИТЬ ЕДЫ .... A ДОМА НЕ БЫЛО ЕДЫ .... B МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА .... C РЕЛИГИОЗНЫЙ ПОСТ.... D ДРУГОЕ____________ ____________ X (УКАЗАТЬ)	
D3	А теперь я собираюсь задать несколько вопросов о продуктах, употреблявшихся Вами в течении последних семи дней. Сколько дней в течение последней недели Вы ели: q. Сыр, йогурт, кефир, мороженое, молоко или другие молочные продукты? r. Яйца? s. Красное Мясо? t. Рыбу или птицу? u. Фасоль, горох или бобовые? v. Орехи или семечки? w. Свежие овощи, включая овощи в тушеных блюдах, супах и салатах? x. Другие корнеплоды или клубневые, такие как белая картошка, редька, репа, редиска или свекла? y. Темно-зеленые лиственные овощи или приправы: сельдерей, укроп, шпинат, райхон, петрушка, базилик, мята? Не включайте листья салата или капусту. z. Продукты, приготовленные с томатной пастой? aa. Маринованные, засоленные или консервированные продукты? bb. Свежие фрукты? cc. Сухофрукты? dd. Консервированные фрукты? ee. Хлеб, рис, макаронные изделия, крупы, печенье или подобные продукты, приготовленные из пшеницы или белой муки? ff. Сахаросодержащие продукты, выпечка, кондитерские изделия, торты, шоколад, или конфеты? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘0’.	a....☐ b....☐ c....☐ d....☐ e....☐ f....☐ g....☐ h....☐ i....☐ j....☐ k....☐ l....☐ m....☐ n....☐ o....☐ p....☐	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
D4	Сколько дней в течение последней недели Вы употребляли пищу, приготовленную следующим образом: a. Жареная b. Вареная c. Тушеная d. Печеная e. Приготовленная на решетке над огнем ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘0’.	a.......................... ☐ b.......................... ☐ c.......................... ☐ d.......................... ☐ e.......................... ☐	
D5	Во время еды, добавляете ли вы соль к приготовленной пище? Вопрос не относится к соли, используемой во время приготовления пищи.	ДА..........................1 НЕТ 2	
D6	Вы употребляете соль <u>всегда</u>, в <u>большинстве</u> случаев, или только <u>иногда</u>?	ВСЕГДА ....1 БОЛЬШИНСТВО СЛУЧАЕВ ....2 ИНОГДА 3	
D7	Перед едой, Вы когда-либо добавляете жир, масло или сметану к готовой пище, хлебу или салатам? Вопрос не относится к жиру, маслу или сметане, используемые во время приготовления пищи.	ДА..........................1 НЕТ 2	
D8	Вы добавляете жир, масло или сметану <u>всегда</u>, в <u>большинстве</u> случаев, или только <u>иногда</u>?	ВСЕГДА ....1 БОЛЬШИНСТВО СЛУЧАЕВ ....2 ИНОГДА 3	
D9	В течение последних 12 месяцев, потеряли ли Вы в весе без применения какой-либо диеты или ограничения пищи?	ДА..........................1 НЕТ ....2 НЕ ЗНАЕТ..........................8	НЕТ, НЕ ЗНАЕТ → E1
D10	На сколько килограммов Вы похудели?	МЕНЕЕ 1 КГ ....1 1-3 КГ ....2 БОЛЕЕ 3 КГ ....3 НЕ ЗНАЮ..........................8	

РАЗДЕЛ Е. ФИЗИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
E1	Теперь я собираюсь спросит Вас о времени, затраченном вами на физическую деятельность в последние 7 дней. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы, даже если Вы не считаете себя физически активным человеком. Подумайте о занятиях на работе, дома и в саду, в дороге с места на место, и в свободное время, во время отдыха или занятий спортом. Сначала вспомните обо всех усиленных занятиях, требующих тяжелых физических усилий, которые Вы выполняли в последние семь дней. Усиленные занятия делают Ваше дыхание намного учащенным, чем нормальное, и могут включать поднятие тяжестей, земляные работы, бег трусцой и быструю езду на велосипеде. Вспомните только те физические занятия, которыми Вы занимались, по крайней мере, 10 минут за раз. В течение последних 7 дней, сколько дней вы занимались усиленными физическими занятиями? ВКЛЮЧИТЕ ВСЕ ЗАНЯТИЯ И РАБОТУ	ДНЕЙ... ☐ НЕТ ....0 НЕ ЗНАЮ..8	 → E3 → E3
E2	Сколько времени всего вы усиленно выполняли тяжелые физические занятия (обычно в каждый из этих дней/ этот затраченный день)? СПРОСИТЕ: Вспомните только о тех физических занятиях, которые Вы выполняли, по крайней мере, 10 минут за раз. ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: В последний раз, когда Вы выполняли усиленные физические занятия, сколько времени Вы потратили в целом?	ЧАСОВ .... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ......................... ☐☐	
E3	Далее, вспомните о всех умеренных физических занятиях, которыми Вы занимались в течение последних 7 дней. Умеренные физические занятия делают Ваше дыхание несколько более учащенным, чем нормальное, и могут включать переноску легких грузов и езду на велосипеде с умеренной скоростью. Не включайте прогулки. Вспомните только те физические занятия, которые Вы выполняли, по крайней мере, 10 минут за раз. В течение последних 7 дней, сколько дней вы занимались умеренными физическими занятиями? ВКЛЮЧИТЕ ВСЕ ЗАНЯТИЯ И РАБОТУ	ДНЕЙ.. ☐ **НЕТ…………………………………………0** НЕ ЗНАЮ…………………………………8	 → E5 → E5
E4	Сколько времени всего вы выполняли умеренные физические занятия (обычно в каждый из этих дней/ этот затраченный день)? СПРОСИТЕ: Вспомните только о тех физических занятиях, которые Вы выполняли, по крайней мере, 10 минут за раз. ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: В последний раз, когда Вы выполняли умеренные физические занятия, сколько времени Вы потратили в целом?	ЧАСОВ .... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ......................... ☐☐	
E5	Теперь подумайте, Вы затратили на ходьбу в течение последних 7 дней? Это включает ходьбу на работе и дома, передвижении с места на место, и другую ходьбу только с целью отдыха, спорта или физических упражнений. В течение последних 7 дней, сколько дней Вы занимались ходьбой по крайней мере 10 минут за раз? ВКЛЮЧИТЕ ВСЕ ЗАНЯТИЯ И РАБОТУ	ДНЕЙ... ☐ НЕТ ....0 НЕ ЗНАЮ..8	 → E7 → E7
E6	Сколько времени в общем вы занимались ходьбой (обычно в каждый из этих дней/весь день)? ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: В последний раз, когда Вы занимались ходьбой, сколько времени Вы потратили в целом?	ЧАСОВ .... ☐☐ **И** МИНУТ В ДЕНЬ......................... ☐☐	

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
E7	Теперь подумайте, сколько времени Вы провели сидя в будние дни, в последние 7 дней. Включите все время, что Вы сидели на работе, дома, во время учебы или в свободное. Это может включать время, проведенное за рабочим столом, посещение друзей, поездки на автобусе, чтение, просмотр телепередач, лежа. В течение последних семи дней, сколько времени в целом Вы обычно проводили сидя в <u>будний день</u>? ВКЛЮЧИТЕ ВРЕМЯ, ПРОВЕДЕННОЕ КАК СИДЯ, ТАК И ЛЕЖА (В СОСТОЯНИИ БОДРСТВОВАНИЯ). ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ НЕ МОЖЕТ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС, ПОТОМУ ЧТО ЗАТРАЧЕННОЕ ВРЕМЯ МЕНЯЕТСЯ ИЗО ДНЯ В ДЕНЬ, СПРОСИТЕ: Сколько, в целом, Вы провели времени сидя в прошлую среду?	ЧАСОВ .... [ ][ ] **И** МИНУТ В ДЕНЬ........................ [ ][ ]	

РАЗДЕЛ F. ДОСТУПНОСТЬ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F1	Следующие вопросы о госпитализации в любую больницу или клинику, за исключением реабилитационных клиник и санаториев. На протяжении последних 12 месяцев Вы были госпитализированы сроком на ночь или более?	ДА.....1 НЕТ.....2	 2→F11
F2	Сколько раз Вы лежали в больнице в течение последних 12 месяцев? ПОДСЧИТАЙТЕ ВСЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, КОТОРЫЕ ЗАКОНЧИЛИЧЬ В ЭТОТ ПЕРИОД.	КОЛИЧЕСТВО РАЗ..... [ ][ ]	
F3	Сколько суток, в целом, Вы провели в больницах при этих госпитализациях?	КОЛИЧЕСТВО НОЧЕЙ..... [ ][ ]	
F4	Вспомните, когда Вы в последний раз лежали в больнице, Кто Вас туда направил?	СВП.....1 ДРУГОЙ ГОС.ДОКТОР.....2 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР.....3 СЕЛЬСКАЯ БОЛЬНИЦА.....4 ДРУГОЙ ДОКТОР _____ 6 (УКАЗАТЬ) САМ.....7	
F5	Когда Вы в последний раз лежали в больнице, По какой причине Вы там лежали?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА.....01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ.....02 ПРОФИЛАКТИКА.....03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.....05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА.....06 ОПЕРАЦИЯ.....07 ДРУГОЕ_____96 (УКАЗАТЬ)	 07→F7
F6	Вас оперировали?	ДА.....1 НЕТ.....2	
F7	ПРОВЕРЬТЕ F2: БОЛЕЕ ОДНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [ ] ↓ ОДНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ [ ] → F9		F9
F8	Сколько ночей Вы провели в больнице при последней госпитализации?	КОЛИЧЕСТВО НОЧЕЙ..... [ ][ ]	
F9	В какой больнице Вы лежали: государственной, частной, ведомственной, или какой-либо другой? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ, ВЫЯСНИТЕ КАКОЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА.....11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА.....12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА.....13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.....15 СВП КЛИНИКА.....16 ДРУГОЕ ГОС. _____ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА.....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР.....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. _____36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ_____96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ.....98	
F11	В течение последних 12 месяцев Вы лечились в дневном стационаре, т.е. Вам была предоставлена койка в лечебном учреждении, но Вы не оставались на ночь?	ДА.....1 НЕТ.....2	 2→F16

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХ ОД
F12	Сколько раз Вас принимали как дневного пациента в стационар в последние 12 месяцев?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.................. ☐☐	
F13	Вспомните, когда Вы в последний находились в стационаре как дневной пациент, По какой причине Вы находились в данном медучреждении?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА.......01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ....02 ПРОФИЛАКТИКА..............................03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ....04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ..............................05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА.....................06 ОПЕРАЦИЯ ....07 ДРУГОЕ_________________________96 (УКАЗАТЬ)	07 → F13
F13B	Вас оперировали?	ДА...1 НЕТ 2	
F14	В каком медучреждении Вы находились: государственном, частном, ведомственном, или каком-либо другом? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННОМ, ВЫЯСНИТЕ ТИП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА........ 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА....... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА......... 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА .... 15 СВП КЛИНИКА .... 16 ДРУГОЕ ГОС. _______________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА .... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. _______________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ___________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	
F16	В течение последних 4 недель Вы консультировались у медработника по поводу своего собственного здоровья, т.е. не сопровождая члена своей семьи или кого-либо другого по поводу их здоровья?	ДА...1 НЕТ 2	2 → F22
F16A	Сколько раз Вы обращались к медработнику по поводу своего здоровья?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.................. ☐☐	
F17	В (последний) раз, когда Вы консультировались у врача: Что явилось причиной Вашего обращения за консультацией?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА.......01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ...02 ПРОФИЛАКТИКА............................03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ....04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ............................05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА.....................06 ОПЕРАЦИЯ ....07 ДРУГОЕ_________________________96 (УКАЗАТЬ)	
F18	С кем Вы консультировались?	ВРАЧ ....1 ФЕЛЬДШЕР ....2 МЕДСЕСТРА ....3 НАРОДНЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ ....4 ДРУГОЕ _________________________ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ...8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F19	Вы консультировались в медучреждении, у себя дома, по телефону или где-либо еще?	В МЕДУЧРЕЖДЕНИИ ....1 ДОМА..2 ПО ТЕЛЕФОНУ ....3 ДРУГОЕ ____________________________ 6 (УКАЗАТЬ)	
F20	Это был государственный, частный или ведомственный медработник? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ, ВЫЯСНИТЕ ТИП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА.........11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА........12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..........13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ__________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ………………………….98	
F22	В течение последних 4 недель, Вы консультировались с врачом по поводу своего здоровья в травмпункте или отделении скорой помощи больницы?	ДА ....1 НЕТ 2	2 → F26
F22A	Сколько раз Вы консультировались с врачом в травмпункте или отделении скорой помощи больницы?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.................... [ ][ ]	
F23	В последний раз Вы консультировались с врачом в в травмпункте или отделении скорой помощи больницы, было ли это государственное, частное или ведомственное медучреждение? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННОЕ, ВЫЯСНИТЕ ТИП МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА.........11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА........12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..........13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК. 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....15 СВП КЛИНИКА ....16 ДРУГОЕ ГОС. ________________________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА ....31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР ....33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.....34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________________________36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ__________________96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ………………………….98	
F24	Какова была основная причина для консультации?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА…....01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ…02 ПРОФИЛАКТИКА……………………….03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ….04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ………………………..05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА...…..……….06 ОПЕРАЦИЯ ……………….…………….07 ДРУГОЕ___________________________96 (УКАЗАТЬ)	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
F26	В течение последних 4 недель Вы обращались к врачу-специалисту или хирургу по состоянию своего здоровья?	ДА ....1 НЕТ 2	 → G1
F26A	Сколько раз Вы консультировались у врача-специалиста или хирурга?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ .... [ ][ ]	
F27	Когда Вы в последний раз консультировались у врача-специалиста или хирурга: Что послужило причиной для консультации?	НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА.......01 БОЛЕЗНЬ/ЖАЛОБА НА ЗДОРОВЬЕ…02 ПРОФИЛАКТИКА………………………..03 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ….04 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ………………………..05 ОБНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТА..………….06 ОПЕРАЦИЯ …………………..……………07 ДРУГОЕ________________________96 (УКАЗАТЬ)	
F28	У какого специалиста Вы консультировались?	ТЕРАПЕВТ/ИНФЕКЦИОНОЛОГ ....11 КАРДИОЛОГ ....12 ГЕРОНТОЛОГ ....13 ОНКОЛОГ....................14 РЕВМАТОЛОГ ....15 ДЕРМАТОЛОГ/ВЕНЕРОЛОГ ....16 ЭНДОКРИНОЛОГ ....17 УХО-ГОРЛО-НОС/ АЛЕРГОЛОГ ....18 ГЛАЗНИК ....19 ОБЩИЙ ХИРУРГ....................20 ГАСТРО-ЭНТЕРОЛОГ....................21 ГИНЕКОЛОГ....................22 СПЕЦИАЛИСТ ПО ЛЕГКИМ ....23 НЕВРОЛОГ....................24 ОРТОПЕД....................25 ПСИХИАТР....................26 УРОЛОГ....................27 ДРУГОЕ ________________________ 96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	
F29	Этот специалист был государственным, частным или ведомственным врачом? ЕСЛИ ГОСУДАРСТВЕННЫМ, ВЫЯСНИТЕ, ВРАЧ КАКОГО МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ.	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР ИНСТИТУТ.................... 01 ОБЛАСТЬ.................... 02 РАЙОН .... 03 СВП .... 04 ЧАСТНОЕ.................... 05 ВЕДОМСТВЕННОЕ .... 06 ДРУГОЕ ________________________ 96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	

РАЗДЕЛ G. КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
G1	Следующие вопросы про кровяное давление. Проверял ли доктор или другой медработник когда-либо Ваше кровяное давление?	ДА....1 НЕТ....2	2 → G8
G1A	Кто проверял Ваше кровяное давление?	СВП....1 ДРУГОЙ ДОКТОР....2 ДРУГАЯ МЕДСЕСТРА....3 ФЕЛЬДШЕР....4 ДРУГОЕ ____ 6 (УКАЗАТЬ)	
G2	Когда в последний раз доктор или другой медработник проверял Ваше кровяное давление?	МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....1 6 - 11 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....2 1 - 5 ЛЕТ НАЗАД....3 БОЛЕЕ 5 ЛЕТ НАЗАД....4 НЕ ЗНАЮ....8	
G3	Говорил ли Вам когда-либо доктор или другой медработник, что у Вас гипертония или повышенное кровяное давление?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8	2, 8 → G8
G4	Говорили ли Вам в 2 или более визитов, что у Вас гипертония или повышенное кровяное давление?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8	
G5	Сказал ли Вам доктор, что делать с гипертонией или повышенным кровяным давлением?	ДА....1 НЕТ....2	2 → G8
G6	Кто Вам это сказал?	СВП....1 ДРУГОЙ ДОКТОР....2 ДРУГАЯ МЕДСЕСТРА....3 ФЕЛЬДШЕР....4 ДРУГОЕ ____ 6 (УКАЗАТЬ)	
G6A	Порекомендовал ли Вам доктор или другой медработник : a. принимать прописаные лекарства?.... b. следить за весом или сбросить вес?.... c. ограничить употребление соли?.... d. больше заниматься спортом?.... e. ограничить прием алкоголя?.... f. бросить курение? g. делать другие вещи?.... СПРОСИТЕ: Какие другие вещи?	ДА НЕТ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВА.... 1 2 СЛЕДИТЬ ЗА ВЕСОМ.... 1 2 ОГРАНИЧИТЬ СОЛЬ.... 1 2 УПРАЖНЕНИЯ.... 1 2 ОГРАНИЧИТЬ АЛКОГОЛЬ.... 1 2 БРОСИТЬ КУРЕНИЕ.... 1 2 ДРУГИЕ ВЕЩИ.... 1 2 ↓ ____ (УКАЗАТЬ)	
G7	В данный момент для снижения гипертонии или повышенного кровяного давления Вы: a. принимаете прописаные лекарства?.... b. следите за весом или теряете вес?.... c. ограничиваете употребление соли?.... d. занимаетесь спортом?.... e. ограничивайте прием алкоголя?.... f. бросаете курение?....	ДА НЕТ НЕ ПРИНИМ. ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВА1 2 8 СЛЕДИТЬ ЗА ВЕСОМ.... 1 2 8 ОГРАНИЧИТЬ СОЛЬ.... 1 2 8 УПРАЖНЕНИЯ.... 1 2 8 ОГРАНИЧИТЬ АЛКОГОЛЬ1 2 8 БРОСИТЬ КУРЕНИЕ.... 1 2 8	
G8	Проверяли ли Вы когда-нибудь у Вас уровень холестерола в крови?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....6	2, 6 → G12
G9	Когда в последний раз у Вас проверяли уровень холестерола в крови?	МЕНЕЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....1 6 - 11 МЕСЯЦЕВ НАЗАД....2 1 - 5 ЛЕТ НАЗАД....3 БОЛЕЕ 5 ЛЕТ НАЗАД....4 НЕ ЗНАЮ....8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
G10	Говорил ли Вам когда-либо доктор или другой медработник, что у Вас высокий уровень холестерола?	ДА....1 НЕТ....2	 → G12
G11	Кто Вам это сказал?	СВП....1 ДРУГОЙ ДОКТОР....2 ДРУГАЯ МЕДСЕСТРА....3 ФЕЛЬДШЕР....4 ДРУГОЕ ________ 6 (УКАЗАТЬ)	

G12	Перед тем, как продолжить опрос, разрешите мне еще раз измерить Ваше артериальное давление и пульс. ИЗМЕРЬТЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ПУЛЬС ПРАВОЙ РУКИ И ЗАПИШИТЕ РЕЗУЛЬТАТ.	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ .... ☐☐☐ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ .... ☐☐☐ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НЕ ИЗМЕРЯЛОСЬ ....995 ПУЛЬС .... ☐☐☐ ПУЛЬС НЕ ИЗМЕРЯЛСЯ 995	

РАЗДЕЛ H. РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АЛЕРГИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
H1	Следующие вопросы о дыхании и алергиях. В течение последних 12 месяцев, быль ли у Вас кашель большинство дней три месяца подряд?	ДА....1 НЕТ....2	2 → H3
H2	Сколько лет у Вас наблюдался этот кашель?	КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ.... [ ][ ] МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА....00 НЕ ЗНАЮ....98	
H3	За последние 12 месяцев, выходила ли у Вас мокрота большинство дней в течение трех месяцев подряд?	ДА....1 НЕТ....2	2 → H5
H4	Сколько лет у Вас наблюдались проблемы с мокротой?	КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ.... [ ][ ] МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА....00 НЕ ЗНАЮ....98	
H5	Беспокоит ли Вас одышка, когда Вы быстро идете по прямой поверхности или слегка в горку?	ДА....1 НЕТ....2	
H6	Были ли у Вас хрипы или свист в груди в последние 12 месяцев?	ДА....1 НЕТ....2	2 → J3
H7	Сколько приступов хрипа или свиста у Вас было в последние 12 месяцев?	ПОСТОЯННОЕ....95 ПРИСТУПОВ.... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ....98	
H7A	В последние 12 месяцев, обращались ли вы в медучреждение по причине приступов хрипа или свиста?	ДА....1 НЕТ....2	2 → J3
H8	В последние 12 месяцев, госпитализировали Вас по причине приступов хрипа или свиста на ночь или дольше? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘00’.	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ....98	
H9	В последние 12 месяцев, сколько раз Вы обращались в медучреждение, без госпитализации на ночь или дольше, по причине приступов хрипа или свиста? ЕСЛИ НЕТ, ЗАПИШИТЕ ‘00’.	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ....98	
H10	Кто направил Вас в это/ти медицинское учреждение/я? ЕСЛИ БОЛЕЕ ОДНОГО ЧЕЛОВЕКА, СПРОСИТЕ: Кто направил в последний раз?	СВП....1 ДРУГОЙ ДОКТОР....2 ДРУГАЯ МЕДСЕСТРА....3 ФЕЛЬДШЕР....4 САМ....5 ДРУГОЕ ________ 6 (УКАЗАТЬ)	

РАЗДЕЛ J. ТУБЕРКУЛЕЗ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
J3	Вы когда-нибудь слышали о болезни туберкулез?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	 → K10
J4	Знаете ли Вы,что туберкулез может быть полностью излечен соответствующими медикаментами?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	
J5	Какие признаки или симптомы заставляют Вас думать, что у человека туберкулез? Какие-либо другие? ЗАПИСАТЬ ВСЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ.	КАШЕЛЬ ... A КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ ... B КАШЕЛЬ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ ... C ЛИХОРАДКА ... D КРОВЬ В МОКРОТЕ ... E ПОТЕРЯ АППЕТИТА ... F НОЧНАЯ ПОТЛИВОСТЬ ... G БОЛЬ В ГРУДИ ... H УСТАЛОСТЬ/УТОМЛЕННОСТЬ ... I ПОТЕРЯ ВЕСА ... J СОНЛИВОСТЬ ... K ДРУГОЕ ____ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ... Y	 → J8
J6	Наличие каких симпотов туберкулеза убедит Вас обратиться за медицинской помощью? Какие-либо другие? ЗАПИСАТЬ ВСЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ.	КАШЕЛЬ ... A КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ ... B КАШЕЛЬ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ ... C ЛИХОРАДКА ... D КРОВЬ В С МОКРОТЕ ... E ПОТЕРЯ АППЕТИТА ... F НОЧНАЯ ПОТЛИВОСТЬ ... G БОЛЬ В ГРУДИ ... H УСТАЛОСТЬ/УТОМЛЕННОСТЬ ... I ПОТЕРЯ ВЕСЯ ... J СОНЛИВОСТЬ ... K ДРУГОЕ ____ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ... Y	
J8	Каким образом передается туберкулез от человека к человеку?	ЧЕРЕЗ ВОЗДУХ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ ... 1 ДРУГОЕ____ 6 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ... 8	
J10	Если член Вашей семьи был болен туберкулезом, и он/она прошел курс леченеия от туберкулеза туберкулеза в больнице, согласитесь ли Вы ухаживать за ним/ней дома во время дальнейшего лечения?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ/ЗАВИСИТ ... 8	
J12	Говорил ли Вам когда-либо доктор или другой медработник, что у Вас туберкулез?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	 → K10
J13	Приблизительно как давно доктор или другой медработник сказал Вам, что у Вас туберкулез?	МЕНЕЕ 6-11 МЕСЯЦЕВ ... 1 6 – 11 МЕСЯЦЕВ ... 2 1 – 5 ЛЕТ ... 3 БОЛЕЕ 5 ЛЕТ ... 4 НЕ ЗНАЮ ... 8	
J13A	Кто Вам это сказал?	СВП ... 1 ДРУГОЙ ДОКТОР ... 2 ДРУГАЯ МЕДСЕСТРА ... 3 ФЕЛЬДШЕР ... 4 ДРУГОЕ ____ 6 (УКАЗАТЬ)	
J14	Вы когда-либо лежали в больнице по причине туберкулеза?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	

РАЗДЕЛ К. КУРЕНИЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
K10	Теперь я хотел(а) бы спросить Вас про курение. Я спрошу Вас о различных видах табака. Курили ли Вы по крайней мере 100 сигарет за всю жизнь ?	ДА....1 НЕТ....2	2 → K27
K11	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые начали регулярно курить?	ВОЗРАСТ.... [ ][ ] НИКОГДА НЕ КУРИЛ РЕГУЛЯРНО....00 НЕ ЗНАЮ....98	
K12	Вы курите сейчас?	ДА....1 НЕТ....2	2 → K19
K16	Приблизительно сколько сигарет Вы курите в день?	МЕНЕЕ 1 В ДЕНЬ....00 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....66	
K17	Приблизительно в течение скольких лет Вы курили данное количество сигарет? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ 00'.	ЛЕТ.... [ ][ ]	
K18	Вы когда-либо в течение года или более курили больше чем (КОЛИЧЕСТВО В К16) сигарет/пачек в день?	ДА....1 НЕТ....2	2 → K21
K19	В период, когда Вы курили более всего, приблизительно сколько сигарет в день Вы выкуривали обычно?	МЕНЕЕ 1 В ДЕНЬ....00 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....66	
K20	В течение скольких лет Вы выкуривали данное количество сигарет? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ 00'.	ЛЕТ.... [ ][ ]	
K21	Вы когда-либо бросали курить на год или более?	ДА....1 НЕТ....2	2 → K27
K22	Бросали ли Вы курить, по причине проблем со здоровьем, вызванных курением или ухудшенных курением?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8	
K23	С момента, когда Вы впервые начали курить, сколько всего лет Вы воздерживались от курения? ЕСЛИ МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА, ЗАПИШИТЕ 00'.	ЛЕТ.... [ ][ ]	
K24	ПРОВЕРЬТЕ K12: ДА, КУРИТ СЕЙЧАС [ ] НЕТ [ ] ↓		ДА, КУРИТ СЕЙЧАС → K27
K25	Сколько Вам было лет, когда Вы последний раз курили достаточно регулярно? СПРОСИТЬ: Сколько Вам было лет, когда Вы прекратили курить?	ВОЗРАСТ.... [ ][ ] НИКОГДА НЕ КУРИЛ РЕГУЛЯРНО....00 НЕ ЗНАЮ....98	00 → K27
K26	Приблизительно сколько сигарет Вы выкуривали в день в то время?	МЕНЕЕ 1 В ДЕНЬ....00 СИГАРЕТ В ДЕНЬ.... [ ][ ] ПО РАЗНОМУ....66	
K27	Вы когда-либо употребляли нас?	ДА....1 НЕТ....2	2 → K53

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
K28	Сколько Вам было лет, когда Вы впервые начали регулярно употреблять нас?	ВОЗРАСТ.................................. [ ][ ] НИКОГДА НЕ УПОТР. РЕГУЛЯРНО.....00 НЕ ЗНАЮ...98	
K29	Употребляете ли Вы нас сейчас?	ДА...1 НЕТ 2	2 → K33
K30	Сколько раз в день или в неделю Вы употребляете нас?	НАС РАЗ В ДЕНЬ .... 1 [ ][ ] В НЕДЕЛЮ.............................. 2 [ ][ ] ПО РАЗНОМУ......................................666	→ K53
K33	Приблизительно сколько Вам было лет, когда Вы в послкедний раз регулярно употребляли нас?	ВОЗРАСТ.................................. [ ][ ] НЕ ЗНАЮ...98	
K44	Прекратили ли Вы употребление нас по причине проблем со здоровьем, вызванных или усугубляемых его использованием?	ДА.. 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ...8	
K53	Вы курили ли по крайней мере 20 сигар или 20 трубок с табаком за всю жизнь?	ДА...1 НЕТ 2	

РАЗДЕЛ L. УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
L1	Теперь я хотел(а) бы спросить Вас про алкголь. Вы когда-либо употребляли напиток, содержащий алкоголь?	ДА....1 НЕТ....2	 → L10
L2	Употребляли ли Вы алкоголь в течение последних 12 месяцев?	ДА....1 НЕТ....2	 → L10
L5	Употребляете ли Вы иногда алкоголь утром, когда Вы просыпаетесь?	ДА....1 НЕТ....2	
L6	В течение последнего года, были ли случаи, когда друг/подруга или член семьи рассказал Вам о вещах, которые Вы сказали или делали, когда Вы выпивали, и о которых Вы не помнили ?	ДА....1 НЕТ....2	
L7	В течение последнего года, было ли у Вас чувство вины или раскаяния после упореблення алкоголя?	ДА....1 НЕТ....2	
L8	В течение последнего года, были ли случаи, когда Вы не смогли выполнить то, что обычно от Вас ожидалось выполнить, по причине упореблення алкоголя?	ДА....1 НЕТ....2	
L9	В течение последнего года, потеряли ли Вы друзей по причине вашего упореблення алкоголя?	ДА....1 НЕТ....2	
L10	По Вашему мнению, насколько серьезна проблема наркотиков в стране? Это очень серьезная проблема, достаточно серьезная, умеренная, незначительная проблема, или не проблема?	ОЧЕНЬ СЕРЪЕЗНАЯ....1 ДОСТАТОЧНО СЕРЪЕЗНАЯ....2 УМЕРЕННАЯ ПРОБЛЕМА....3 НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА....4 НЕ ПРОБЛЕМА....5	
L11	Знаете ли Вы кого-либо, кто регулярно употребляет наркотики?	ДА....1 НЕТ....2 НЕ ЗНАЮ....8	

РАЗДЕЛ М. СТОМАТОЛОГИЯ

NO.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
M1	Как Вы опишите состояние Ваших естественных зубов: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?	ОТЛИЧНОЕ……………………………………1 ОЧЕНЬ ХОРОШЕЕ………………………..2 ХОРОШЕЕ…………………………………3 УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ…………….. 4 ПЛОХОЕ……………………………………5 НЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ 6	
M10	В течение последних 3 лет, посещали ли Вы стоматолога с целью регулярной профилактики?	ДА...1 НЕТ 2	 → M12
M11	В течение последних 3 лет, сколько раз Вы посещали стоматолога с целью регулярной профилактики?	2 ИЛИ БОЛЕЕ РАЗ В ГОД ....1 1 РАЗ В ГОД ....2 МЕНЕЕ 1 РАЗА В ГОД............................3 НЕ ЗНАЮ..8	
M12	В течение последних 12 месяцев, были ли у Вас какие-либо стоматологические проблемы ?	ДА...1 НЕТ 2	 → M15
M13	Обращались ли Вы к кому-либо за помощью по поводу этой проблемы?	ДА...1 НЕТ 2	 → M15
M14	К кому Вы обращались за помощью? СПРОСИТЕ: К кому-либо еще? ЗАПИШИТЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ.	ДАНТИСТ...A СТОМАТОЛОГ ....B СВП .... C ТАБИБ/ЗНАХАРЬ .... D ДОМА/САМО-ЛЕЧЕНИЕ/ РОДСТВЕННИКИ ....E ДРУГОЕ ________________________ X (УКАЗАТЬ)	
M15	Требуется ли Вам стоматологическая помощь сейчас?	ДА...1 НЕТ 2	 → N1
M16	Какой вид стоматологической помощи Вам требуется сейчас? СПРОСИТЕ: Какие-либо нужды в стоматологической помощи? ЗАПИШИТЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ.	ПРОФИЛАКТИКА ....A ЧИСТКА B ПЛОМБА ИЛИ ЗАМЕНА (НАПРИМЕР, КОРОНКИ И/ИЛИ МОСТЫ).............................C УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ .... D ЛЕЧЕНИЕ ДЕСЕН ....E РАБОТА НАД ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ......F УТОЛЕНИЕ БОЛИ .... G КОСМЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ (НАПРИМЕР, СКОБЫ ИЛИ КРЕПЛЕНИЯ ИЛИ ВЫПРЯМЛЕНИЕ ЗУБОВ)……………………………….....H ДРУГОЕ ________________________ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ...Z	

РАЗДЕЛ N. ТРАВМА

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
N1	Теперь я хотел(а) бы спросить Вас о любых **травмах или отравлениях**, случившихся в **последние 3 месяца.** В последние три месяца, была ли у Вас серьезная травма, в результате которой вы не могли выполнять обычную работу по крайней мере пол-дня?	ДА....1 НЕТ....2	
N2	В последние три месяца, было ли у Вас серьезное отравление, в результате которого Вы не могли выполнять обычную работу по крайней мере пол-дня?	ДА....1 НЕТ....2	
N3	ПРОВЕРЬТЕ N1 & N2: ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ ОДИН 'ДА' ☐ ↓ НИ ОДНОГО 'ДА' ☐ →		N16
N4	В течение последних трех месяцев, обращались ли Вы к врачу за консультацией по причине (травмы/отравления)?	ДА....1 НЕТ....2	НЕТ → N7
N5	Сколько раз, в течение последних трех месяцев, Вы обращались к врачу за консультацией по причине (травмы/отравления)?	КОЛИЧЕСТВО РАЗ.... ☐☐	
N6	Я хотел(а) бы задать несколько вопросов о (последнем случае) отравления/травмы. Где Вы получили консультацию или лечение по поводу этого случая?	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА.... 11 ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА.... 12 РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА.... 13 УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИК.... 14 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 15 СВП КЛИНИКА.... 16 ДРУГОЕ ГОС. ________ 26 (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА.... 31 ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА.... 32 ЧАСТНЫЙ ДОКТОР.... 33 ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА.... 34 ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ________ 36 (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ________ 96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ.... 98	
N7	Когда произошел (последний) несчастный случай травмы/отравления?	ДНЕЙ НАЗАД.... 1 ☐☐ НЕДЕЛЬ НАЗАД.... 2 ☐☐	
N8	Был ли этот несчастный случай связан с работой?	ДА....1 НЕТ....2	
N9	Где произошел этот несчастный случай?	ДОМА/МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ....01 ФЕРМА/ДАЧА....02 УЛИЦА/ШОССЕ....03 ПУНКТ ТОРГОВЛИ/ОБСЛУЖИВАНИЯ 04 ПРОМЫШЛ/СТРОИТЕЛЬНАЯ ЗОНА ....05 РАБОЧЕЕ МЕСТО/ОФИС....06 ШКОЛА....07 ДРУГОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗАВЕДЕНИЕ....08 МЕСТО ДЛЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ....09 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ)	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
N10	Чем Вы занимались во время несчастного случая? ЖИЗНЕННОВАЖНЫЕ ЗАНЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ ПРИЕМ ПИЩИ, СОН, И УХОД ЗА СОБОЙ.	СПОРТ....01 ОТДЫХ....02 ПУТЕШЕСТВИЕ....03 ОПЛАЧИВАЕМАЯ РАБОТА....04 НЕОПЛАЧИВАЕМАЯ РАБОТА....05 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЗАНЯТИЕ....06 ЖИЗНЕННОВАЖНОЕ ЗАНЯТИЕ....07 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ)	
N11	Этот несчастный случай был результатом непреднамеренного или преднамеренного действия?	НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЙ....1 ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ....2	
N11 A	По чьей вине случился этот несчастный случай?	САМ....11 **СЕМЬЯ** МУЖ....21 МАТЬ ЖЕНЫ....22 ОТЕЦ ЖЕНЫ....23 ДРУГАЯ РОДНЯ ЖЕНЫ....24 МАТЬ....25 ОТЕЦ....26 ДРУГИЕ РОДСТВЕННИКИ....27 **ВНЕ СЕМЬИ** ДРУГ/ПОДРУГА/ЗНАКОМЫЙ(АЯ)....31 СОСЕД(КА)....32 ОДНОКЛАССНИК(ЦА)....33 УЧИТЕЛЬ....34 РАБОТОДАТЕЛЬ....35 КОЛЛЕГА....36 ЧЛЕН КОМАНДЫ/СОПЕРНИК(ЦА)....37 НЕЗНАКОМЕЦ(КА)....38 ЖИВОТНОЕ....39 ДРУГОЕ ________ 96 (УКАЗАТЬ)	
N12	Что послужило причиной этого несчастного случая?	ИЧИНА-ТРАНСПОРТ ПАССАЖИР В МАШИНЕ.... 11 СБИТ МАШИНОЙ.... 12 МОТОЦИКЛ.... 14 ВЕЛОСИПЕД.... 14 ТРАКТОР.... 15 ДРУГОЙ ТРАСПОРТ ________16 (УКАЗАТЬ) ТРАНСПОРТНАЯ ПРИЧИНА ПАДЕНИЕ (*С ВЫСОТЫ*).... 21 ПАДЕНИЕ (*СПОТКНУВШИСЬ*) 22 УДАР ИЛИ СДАВЛЕНИЕ.... 23 ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ.... 24 РАНА, СВЯЗ. С С/ХОЗ-ВОМ..25 ДРУГАЯ РАНА/ПОРЕЗ.... 26 ПОЖАР/ОЖОГ.... 27 УДАР ТОКОМ.... 28 ВДЫХАНИЕ ДЫМА.... 29 ОТРАВЛЕНИЕ.... 30 ОЖОГ КИПЯТКОМ/ПАРОМ.. 31 СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ.. 32 ДРУГОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ НАС 33 ПОЧТИ УТОПЛЕНИЕ.... 34 СВЯЗ. С ЖИВОТНЫМ.... 32 ДРУГОЕ________96 (УКАЗАТЬ)	(21–96) → N14
N13	Были ли Вы травмированы в качестве водителя автомобиля, пассажира автомобиля, велосипедиста, или пешехода?	ВОДИТЕЛЬ АВТОМОБИЛЯ....1 ПАССАЖИР В МАШИНЕ....2 ВЕЛОСИПЕДИСТ....3 ПЕШЕХОД....4	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХ ОД
N14	По причине этого несчастного случая пропустили ли Вы рабочие или учебные дни ?	ДА .... 1 НЕТ 2	→ N16
N15	Сколько дней?	ДНЕЙ НА РАБОТЕ .... 1 [ ][ ] ДНЕЙ В ШКОЛЕ .... 2 [ ][ ]	
N16	Перед тем, как продолжить опрос, разрешите мне еще раз измерить Ваше артериальное давление и пульс. ИЗМЕРЬТЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ПУЛЬС ПРАВОЙ РУКИ И ЗАПИШИТЕ РЕЗУЛЬТАТ.	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ .... [ ][ ][ ] ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ .... [ ][ ][ ] АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НЕ ИЗМЕРЯЛОСЬ .... 995 ПУЛЬС .... [ ][ ][ ] ПУЛЬС НЕ ИЗМЕРЯЛСЯ 995	

РАЗДЕЛ Р. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАДОРОВЬЕ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ				ПЕРЕХ ОД
P1	I'm going to read some statements that describe how people sometimes feel. Please tell me how many days last week you felt this way, if any.	МЕНЕЕ 1 ДНЯ (РЕДКО ИЛИ НИКОГДА)	1-2 ДНЯ (НЕМНОГО ИЛИ ИНОГДА)	3-4 ДНЯ (ПО СЛУЧАЮ ИЛИ УМЕРЕННО ЧАСТО)	5-7 ДНЕЙ (ОЧЕНЬ ЧАСТО ИЛИ ВСЕГДА	
	a. Меня беспокоили вещи, которые обычно меня не беспокоят.	1	2	3	4	
	b. Мне не хотелось есть.	1	2	3	4	
	c. Я не мог избавиться от печали.	1	2	3	4	
	d. Я чувстовал, что я нормален, как другие люди.	1	2	3	4	
	e. У не мог концентрироваться на том, чем я занимлся.	1	2	3	4	
	f. Я чувствовал себя подавленным.	1	2	3	4	
	g. Я чувствовал, что все что я делал, требовало усилий.	1	2	3	4	
	h. Я был полон надежд о будущем.	1	2	3	4	
	i. Я думал, что моя жизнь не удалась.	1	2	3	4	
	j. Я ощущал испуг.	1	2	3	4	
	k. Мой сон был беспокойным.	1	2	3	4	
	l. Я был счастлив.	1	2	3	4	
	m. Я говорил меньше, чем обычно.	1	2	3	4	
	n. Я ощущал себя одиноким.	1	2	3	4	
	o. Люди были недружелюбны.	1	2	3	4	
	p. Я наслаждался жизнью.	1	2	3	4	
	q. У меня были приступы слез.	1	2	3	4	
	r. Я ощущал грусть.	1	2	3	4	
	s. Я чувствовала, что люди не любят меня.	1	2	3	4	
	t. Я не мог себя заставить заниматься чем-либо.	1	2	3	4	

РАЗДЕЛ Q. СЕМЕЙНОЕ СОСТОЯНИЕ И СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

№.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
Q1	Вы сейчас женаты или живете с женщиной?	ДА, ЖЕНАТ СЕЙЧАС .... 1 ДА, ЖИВУ С ЖЕНЩИНОЙ .... 2 НЕТ, НЕ СОСТОЮ В СОЮЗЕ 3	1, 2 → Q8A
Q6	Есть ли у Вас сейчас регулярная сексуальная партнерша, случайная партнерша, или нет партнерш?	ТОЛЬКО РЕГУЛЯРНЫЙ ПАРТНЕР(Ы) ..... 1 СЛУЧАЙНЫЕ ПАРТНЕР(Ы) .... 2 РЕГУЛЯРНЫЙ И СЛУЧАЙНЫЙ ПАРТНЕР(Ы) .... 3 НЕТ СЕКСУАЛЬНОГО ПАРТНЕРА 4	
Q7	Вы когда-либо были женаты или жили с женщиной?	ДА, БЫЛ ЖЕНАТ .... 1 ДА, ЖИЛ С ЖЕНЩИНОЙ .... 2 НЕТ 3	2 → Q9 3 → Q16
Q8	Какой у Вас семейный статус сейчас: Вы вдовец, разведены, или живете отдельно?	ВДОВЕЦ .... 1 РАЗВЕДЕН .... 2 ЖИВЕТ РАЗДЕЛЬНО 3	→ Q9
Q8A	ЗАПИШИТЕ ИМЯ ЖЕНЫ/ПАРТНЕРШИ И НОМЕР СТРОКИ ИЗ ВОПРОСНИКА ДОМОХОЗЯЙСТВ. ЕСЛИ ОН НЕ УКАЗАН В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ, ЗАПИШИТЕ '00'.	ИМЯ ______________ НОМЕР ЛИНИИ .... [ ][ ]	
Q9	Вы когда-либо были женаты или жили с женщиной только один раз или более, чем один раз?	ОДИН РАЗ .... 1 БОЛЕЕ ОДНОГО РАЗА 2	
Q10	ПРОВЕРЬТЕ Q9: ЖЕНАТ/ЖИЛ С ЖЕНЩИНОЙ ТОЛЬКО ОДИН РАЗ: В каком месяце/году Вы начали жить с Вашей женой/партнершей? ЖЕНАТ/ЖИЛ С ЖЕНЩИНОЙ БОЛЕЕ ОДНОГО РАЗА: Теперь мы поговорим о Вашей первой жене/партнерше? В каком месяце/году Вы начали жить с ней?	МЕСЯЦ .... [ ][ ] НЕ ЗНАЮ МЕСЯЦ .... 98 ГОД .... [ ][ ][ ][ ] НЕ ЗНАЮ ГОД 9998	→ Q16
Q11	Сколько Вам было лет, когда Вы начали жить с ней?	ВОЗРАСТ .... [ ][ ]	
Q16	Теперь мне нужно задать несколько вопросов про сексуальную активность, чтобы лучше понять некоторые аспекты семейной жизни. Сколько Вам было лет, когда Вы впервые совершили половой акт с женщиной(если когда-либо)?	НИКОГДА .... 00 ВОЗРАСТ В ГОДАХ .... [ ][ ] ПЕРВЫЙ РАЗ, КОГДА НАЧАЛ ЖИТЬ С (ПЕРВОЙ) ЖЕНОЙ/ПАРТНЕРШЕЙ 95	00 → Q48
Q17	Когда Вы совершили половой акт с женщиной в последний раз? ЗАПИШИТЕ 'ЛЕТ НАЗАД' ТОЛЬКО ЕСЛИ ПОЛОВОЙ АКТ БЫЛ В ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ЛЕТ НАЗАД. ЕСЛИ 12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ БОЛЕЕ, ОТВЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПИСАН В ГОДАХ.	ДНЕЙ НАЗАД .... 1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ НАЗАД .... 2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ НАЗАД .... 3 [ ][ ] ЛЕТ НАЗАД .... 4 [ ][ ]	4 → Q48
Q18	Когда Вы совершали половой акт с женщиной в последний раз, использовался ли презерватив?	ДА .... 1 НЕТ 2	2 → Q24
Q19	Какова основная причина, по которой вы использовали презерватив в этом сучае?	РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЕНЕРИЧЕСКОЕ ЗАБОЛ./ВИЧ ИНФ. ....01 РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ .... 02 РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЕН.ЗАБ/ВИЧ И БЕРЕМЕННОСТЬ ..... 03 НЕ ДОВЕРЯЛ ПАРТНЕРШЕ/ДУМАЛ,ЧТО У НЕЕ ЕСТЬ ДРУГИЕ ПАРТНЕРЫ ....04 ПАРТНЕРША ПОПРОСИЛА/НАСТОЯЛА 05 ДРУГОЕ ______________ 96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	

№.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
Q24	Какие у Вас отношения с женщиной, с которой Вы в последний раз совершили половой акт? ЕСЛИ ЖЕНЩИНА "ПОДРУГА" ИЛИ "НЕВЕСТА", СПРОСИТЕ: Проживала ли подруга или невеста с Вами , когда Вы совершили с ней половой акт в последний раз? ЕСЛИ ДА, ОБВЕДИТЕ '01'. ЕСЛИ НЕТ, ОБВЕДИТЕ '02'	ЖЕНА/СОЖИТЕЛЬНИЦА..................... 01 ПОДРУГА/НЕВЕСТА .... 02 ДРУГАЯ ПОДРУГА .... 03 СЛУЧАЙНАЯ ЗНАКОМАЯ.................... 04 РОДСТВЕННИЦА .... 05 ПРОСТИТУТКА.................................... 06 ДРУГОЕ__________________________ 96 (УКАЗАТЬ)	01 → Q26
Q25	Сколько продолжались Ваши сексуальные отношения с этой женщиной?	ДНЕЙ .... 1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ................................ 2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ .... 3 [ ][ ] ЛЕТ .... 4 [ ][ ]	
Q26	Имели ли Вы сексуальные отношения с другой женщиной в течение последних 12 месяцев?	ДА...1 НЕТ 2	2 → Q45
Q27	Когда Вы совершали половой акт с другой женщиной в последний раз, использовался ли презерватив?	ДА...1 НЕТ 2	2 → Q33
Q28	Какая основная причина, по которой вы использовали презерватив в этом случае?	РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЕНЕРИЧЕСКОЕ ЗАБОЛ./ВИЧ ИНФ. ...01 РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ...................................02 РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЕН.ЗАБ/ВИЧ И БЕРЕМЕННОСТЬ..... 03 НЕ ДОВЕРЯЛ ПАРТНЕРШЕ/ДУМАЛ,ЧТО У НЕЕ ЕСТЬ ДРУГИЕ ПАРТНЕРЫ........04 ПАРТНЕРША ПОПРОСИЛА/НАСТОЯЛА 05 ДРУГОЕ ___________________________ 96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ 98	
Q33	Какие у Вас отношения с этой женщиной? ЕСЛИ ЖЕНЩИНА "ПОДРУГА" ИЛИ "НЕВЕСТА", СПРОСИТЕ: Проживала ли подруга или невеста с Вами , когда Вы совершили с ней половой акт в последний раз? ЕСЛИ ДА, ОБВЕДИТЕ '01'. ЕСЛИ НЕТ, ОБВЕДИТЕ '02'	ЖЕНА/СОЖИТЕЛЬНИЦА..................... 01 ПОДРУГА/НЕВЕСТА .... 02 ДРУГАЯ ПОДРУГА .... 03 СЛУЧАЙНАЯ ЗНАКОМАЯ.................... 04 РОДСТВЕННИЦА .... 05 ПРОСТИТУТКА.................................... 06 ДРУГОЕ__________________________ 96 (УКАЗАТЬ)	01 → Q35
Q34	Сколько продолжались Ваши сексуальные отношения с этой женщиной?	ДНЕЙ .... 1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ................................ 2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ .... 3 [ ][ ] ЛЕТ .... 4 [ ][ ]	
Q35	Помимо этих двух женщин, имели ли Вы сексуальные отношения с другой женщиной в течение последних 12 месяцев?	ДА ....1 НЕТ 2	2 → Q45
Q36	Когда Вы совершали половой акт с третьей женщиной в последний раз, использовался ли презерватив?	ДА ....1 НЕТ 2	2 → Q42

№.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
Q37	Какая основная причина, по которой вы использовали презерватив в этом случае?	РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЕНЕРИЧЕСКОЕ ЗАБОЛ./ВИЧ ИНФ. ...01 РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ ...02 РЕСПОНДЕНТ ХОТЕЛ ПРЕДОТВРАТИТЬ ВЕН.ЗАБ/ВИЧ И БЕРЕМЕННОСТЬ ..... 03 НЕ ДОВЕРЯЛ ПАРТНЕРШЕ/ДУМАЛ,ЧТО У НЕЕ ЕСТЬ ДРУГИЕ ПАРТНЕРЫ ....04 ПАРТНЕРША ПОПРОСИЛА/НАСТОЯЛА 05 ДРУГОЕ ________________ 96 (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ ...98	
Q42	Какие у Вас отношения с этой женщиной? ЕСЛИ ЖЕНЩИНА “ПОДРУГА” ИЛИ “НЕВЕСТА”, СПРОСИТЕ: Проживала ли подруга или невеста с Вами , когда Вы совершили с ней половой акт в последний раз? ЕСЛИ ДА, ОБВЕДИТЕ ‘01’. ЕСЛИ НЕТ, ОБВЕДИТЕ ‘02’	ЖЕНА/СОЖИТЕЛЬНИЦА ... 01 ПОДРУГА/НЕВЕСТА ... 02 ДРУГАЯ ПОДРУГА ... 03 СЛУЧАЙНАЯ ЗНАКОМАЯ ... 04 РОДСТВЕННИЦА ... 05 ПРОСТИТУТКА ... 06 ДРУГОЕ________________ 96 (УКАЗАТЬ)	01 → Q44
Q43	Сколько продолжались Ваши сексуальные отношения с этой женщиной?	ДНЕЙ НАЗАД ... 1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ НАЗАД ... 2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ НАЗАД ... 3 [ ][ ] ЛЕТ НАЗАД ... 4 [ ][ ]	
Q44	В целом, со сколькими женщинами В занимались сексом в течение последних 12 месяцев?	КОЛИЧЕСТВО ПАРТНЕРОВ .... [ ][ ]	
Q45	Вы когда-либо платили за секс?	ДА ...1 НЕТ ...2	2 → Q48
Q46	Как давно вы платили за секс в последний раз? ЗАПИШИТЕ ‘ЛЕТ НАЗАД’ ТОЛЬКО ЕСЛИ ПОСЛЕДНИЙ ПЛАТНЫЙ СЕКС БЫЛ ГОД ИЛИ БОЛЕЕ НАЗАД. ЕСЛИ 12 МЕСЯЦЕВ ИЛИ БОЛЕЕ, ОТВЕТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПИСАН В ГОДАХ.	ДНЕЙ ... 1 [ ][ ] НЕДЕЛЬ ... 2 [ ][ ] МЕСЯЦЕВ ... 3 [ ][ ] ЛЕТ ... 4 [ ][ ]	4 → Q48
Q47	Когда Вы занимались платным сексом, использовался ли презерватив в этом случае?	ДА ...1 НЕТ ...2	
Q48	Знаете ли Вы, где человек может приобрести презерватив?	ДА ...1 НЕТ ...2	2 → Q52

№.	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕ ХОД
Q50	Где именно? ЕСЛИ МЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНИЦА, ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ, ИЛИ ПОЛИКЛИНИКА, ЗАПИШИТЕ НАЗВАНИЕ МЕСТА. СПРОСИТЕ ПРО ВИД ИСТОЧНИКА И ОБВЕДИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОД. ______________________________ (НАЗВАНИЕ МЕСТА) СПРОСИТЕ: Другой источник? ЗАПИШИТЕ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕСТА.	**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕКТОР** БОЛЬНИЦА ИНСТИТУТА ....A ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА....................B РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА..................... C УЧАСТКОВАЯ ПОЛИКЛИНИКА.......... D ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....E СВП...F ГОС. ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ.................... G КЛИНИКА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ. H ДРУГОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ______________________________ I (УКАЗАТЬ) *ЧАСТНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЕКТОР* ЧАСТНАЯ БОЛЬНИЦА......................... J ЧАСТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА..................K ЧАСТНЫЙ ДОКТОР .... L ВЕДОМСТВЕННАЯ П-КА ....M ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ .... N КЛИНИКА ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ O ДРУГОЕ ЧАСТНОЕ МЕД. ______________________________ P (УКАЗАТЬ) ДРУГОЙ ИСТОЧНИК АПТЕКА .... Q МАГАЗИН/РЫНОК .... R МАШИНА-АВТОМАТ ....S ДРУГ/ПОДРУГА/РОДСТВЕННИК . T ДРУГОЕ ________________________ U (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ X	
Q51	Если бы Вы захотели, смогли бы Вы сами приобрести презерватив?	ДА .... 1 НЕТ.. 2 НЕ ЗНАЮ/НЕ УВЕРЕН........................... 8	
Q52	Было ли вам сделано обрезание?	ДА ....1 НЕТ...2	

РАЗДЕЛ R. СПИД И ДРУГИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
R1	Теперь я бы хотел(а) поговроить с Вами на другую тему. Вы когда-либо слышали о заболевании СПИД?	ДА .... 1 НЕТ 2	 → R24
R2	Может ли человек что-либо сделать, чтобы избежать заражение СПИДом или вирусом, ведущем к заболеванию СПИДом ?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	 ┐ ┘→ R9
R3	Какие меры может человек предпринять? Что-либо еще? ЗАПИШИТЕ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕРЫ.	ВОЗДЕРЖИВАТЬСЯ ОТ СЕКСА .... A ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЗЕРВАТИВ .... B ОГРАНИЧИТЬСЯ ОДНИМ ПАРТНЕРОМ/ХРАНИТЬ ВЕРНОСТЬ ОДНОМУ ПАРТНЕРУ .... C ОГРАНИЧИТ КОЛИЧЕСТВО СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ .... D ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ПРОСТИТУТКАМИ .... E ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ЛЮДЬМИ, У КОТОРЫХ МНОГО ПАРТНЕРОВ .... F ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ГОМОСЕКСУАЛИСТАМИ .... G ИЗБЕГАТЬ СЕКС С ЛЮДЬМИ, КОТОРЫЕ ВВОДЯТ НАРКОТИКИ В ВЕНЫ .... H ИЗБЕГАТЬ ПЕРЕЛИВАНИЙ КРОВИ .... I ИЗБЕГАТЬ ИНЪЕКЦИИ .... J НЕ ДЕЛИТЬСЯ БРИТВОЙ/ЛЕЗВИЯМИ .... K ИЗБЕГАТЬ ПОЦЕЛУЕВ .... L ИЗБЕГАТЬ УКУСОВ КОМАРОВ .... M ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К ТРАДИЦИОННОМУ ЦЕЛИТЕЛЮ .... N ДРУГОЕ ______________ W (УКАЗАТЬ) ДРУГОЕ ______________ X (УКАЗАТЬ) НЕ ЗНАЮ .... Z	
R4	Могут ли люди снизить шансы заражения вирусом/СПИДом. имея только одного незараженного сексуального партнера, у которого в свою очередь нет других партнеров?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	
R5	Может ли человек заразиться вирусом СПИДа через укус комара?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	
R6	Могут ли люди снизить шансы заражения вирусом СПИДа, используя презерватив каждый раз во время полового акта?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	
R7	Может ли человек заразиться ВИЧ инфекцией, разделяя еду с человеком, зараженным СПИДом?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	
R8	Может ли человек заразиться вирусом СПИДа через укол/инъекции иглой, которая до этого уже использовалась кем-либо еще?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	
R9	Может ли человек, выглядещий здоровым, быть инфецирован вирусом СПИДа?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	
R10	Может ли вирус, вызывающий СПИД, передаваться от матери к ребенку?	ДА .... 1 НЕТ .... 2 НЕ ЗНАЮ 8	 ┐ ┘→ R13
R11	Когда вирус, вызывающий СПИД, может передаться от матери к ребенку? Во время беременности? Во время родов? Во время кормления грудью?	ДА НЕТ НЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕН. 1 2 8 ВО ВРЕМЯ РОДОВ ..... 1 2 8 КОРМЛЕНИЕ ГРУД. 1 2 8	

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
R13	ПРОВЕРЬТЕ Q1: ЖЕНАТ / В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЖИВЕТ С ЖЕНЩИНОЙ ☐ ↓ НЕ ЖЕНАТ/ НЕ ЖИВЕТ С ЖЕНЩИНОЙ ☐ → R15		R15
R14	Вы когда-либо обсуждали меры, как предотвратить заражение вирусом, вызывающим СПИД, с (вашей женой/сожительницей)?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	
R15	По Вашему мнению, приемлемо или не примлемо обсуждать СПИД: На радио? На ТВ? В газетах?	ПРИЕМЛЕМО / НЕПРИЕМЛЕМО НА РАДИО ... 1 2 НА ТВ ... 1 2 В ГАЗЕТАХ ... 1 2	
R16	Если член Вашей семьи заразился вирусом, вызывающим СПИД, хотели бы Вы держать это в секрете или нет?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ/НЕ УВЕРЕН ... 8	
R19	Должны ли подростки12-14 лет обучаться, как использовать презерватив для предупреждения СПИДа?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ/НЕ УВЕРЕН/ЗАВИСИТ ... 8	
R20	У Вас когда-либо брали анализ, что бы определить, есть ли у Вас вирус СПИДа?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	1 → R24
R21	Вы бы хотели провериться на наличие вируса СПИДа?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ/НЕ УВЕРЕН/ЗАВИСИТ ... 8	
R22	Знаете ли Вы о месте, где Вы можете провериться на наличие вируса СПИДа?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	
R24	(Кроме СПИДа,) слышали ли Вы о (других) заболеваниях, передающихся половым путем?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	2 → R33
R31	ПРОВЕРЬТЕ Q16: ИМЕЛ ПОЛОВОЙ АКТ ☐ ↓ НЕ ИМЕЛ ПОЛОВОЙ АКТ ☐ → U1		U1
R32	Теперь я хотел(а) бы задать несколько вопросов про ваше здоровье в течение последних 12 месяцев. В течение последних 12 месяцев, была ли у Вас болезнь, передающаяся половым путем?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ ... 8	
R33	Иногда у мужчины бывают выделения из полового члена. В течение последних 12 месяцев, были ли у Вас потологические выделения из полового члена?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ ... 8	
R34	Иногда у мужчины может быть ссадина или язва на половом члене или около него. В течение последних 12 месяцев, была ли у Вас генитальная ссадина или язва на или около полового члена?	ДА ... 1 НЕТ ... 2 НЕ ЗНАЮ ... 8	
R35	ПРОВЕРЬТЕ R32-R34: БЫЛА ИНФЕКЦИЯ ☐ ↓ НЕ БЫЛО ИНФЕКЦИИ ИЛИ НЕ ЗНАЕТ ☐ → U1		U1
R36	В последний раз, когда у Вас была (ПРОБЛЕМА/Ы ИЗ R32/R33/R34), обращались ли Вы за консультацией или лечением?	ДА ... 1 НЕТ ... 2	2 → R38

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД
R37	В последний раз, когда у Вас была (ПРОБЛЕМ/Ы ИЗ R32/R33/R34), Вы делали что-либо из перечисленного? Вы… Обратились в поликлинику, больницу или частному доктору? Обратились к народному целителю? Обратились за консультацией или приобрели лекарство в магазине или аптеке? Спросили совета у друзей или родственников?	ДА НЕТ ПОЛИКЛ./БОЛЬНИЦА .... 1 2 ЦЕЛИТЕЛЬ.. 1 2 МАГАЗИН/АПТЕКА............................... 1 2 ДРУЗЬЯ/РОДСТВЕННИКИ 1 2	
R38	Когда у Вас была (ПРОБЛЕМА/Ы ИЗ R32/R33/R34), сообщили ли Вы об этом человеку, с которым Вы имеете половую связь?	ДА...1 НЕТ...2 НЕКОТОРЫМ/НЕ ВСЕМ..........................3 НЕ БЫЛО ПАРТНЕРА.................................4	→ U1
R39	Когда у Вас была (ПРОБЛЕМА ИЗ R32/R33/R34), предприняли ли Вы какие-либо меры, чтобы не заразить вашего сексуального партнера(ов)?	ДА...1 НЕТ...2 ПАРТНЕР УЖЕ ЗАРАЖЕН 3	→ U1
R40	Какие меры Вы предприняли, чтобы не заразить вашего партнера(ов)? Вы… Приняли лекарство? Прекратили заниматься сексом? Использовали презерватив во время полового акта?	ДА НЕТ ПРИНЯТЬ ЛЕКАРСТВО .... 1 2 ПРЕКРАТИТЬ СЕКС.................. 1 2 ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЗЕРВ..... 1 2	

РАЗДЕЛ U. ОТНОШЕНИЕ К ЖЕНЩИНАМ

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ					ПЕРЕХОД
U1	Кто в семье должен иметь последнее слово при принятии следующих решений: муж, жена или поровну:		МУЖ	ЖЕНА	ВМЕСТЕ	НЕ ЗНАЮ/ ЗАВИСИТ	
	a) Крупные покупки в дом?	a.	1	2	3	8	
	b) Покупка товаров для повседневного пользования?	b.	1	2	3	8	
	c) Когда посещать семьи, родственников и друзей?	c.	1	2	3	8	
	d) Что делать с деньгами, заработанными женщиной?	d.	1	2	3	8	
	e) Сколько детей иметь и когда их иметь?	e.	1	2	3	8	
U2	Иногда муж раздражен или зол на жену/партнершу за то, что она сделала. По Вашему мнению, прав ли муж, когда ударяет или бьет жену в следующих ситуациях :		ДА	НЕТ	НЗ/ ЗАВИСИТ		
	a) Если она уходит из дома, не сказав ему?	1.	8	1	2		
	b) Если она не занимается детьми?	2.	8	1	2		
	c) Если она спорит с ним?	3.	8	1	2		
	d) Если она отказывается заниматься сексом с ним?	4.	8	1	2		
	e) Если у нее пригорела еда?	5.	8	1	2		
U3	Муж и жена не всегда соглашаются. Пожалуйста, скажите мне, если вы согласны с тем, что жена права, когда она отказываетя заниматься сексом с мужем, если...		ДА	НЕТ	НЗ/ ЗАВИСИТ		
	a) Она устала и не в настраении?	a.	1	2	8		
	b) Она недавно перенесла роды ?	b.	1	2	8		
	c) Она знает, что ее муж занимается сексом с другими женщинами?	c.	1	2	8		
	d) Она знает, что у ее мужа венерическое заболевание?	d.	1	2	8		
U4	Думаете ли Вы,что, если женщина отказывается заниматься сексом с мужем, когда он этого хочет, муж имеет право...		ДА	НЕТ	НЗ/ ЗАВИСИТ		
	a) Разозлиться и наказать ее?	a.	1	2	8		
	b) Не дать ей денег или других средств существования?	b.	1	2	8		
	c) Использовать силу и принудить ее к сексу, даже если она не хочет?	c.	1	2	8		
	d) Пойти и заниматься сексом с другими женщинами?	d.	1	2	8		

№	ВОПРОСЫ И ФИЛЬТРЫ	КАТЕГОРИИ КОДИРОВАНИЯ	ПЕРЕХОД

U5

ВЫВЕДИТЕ СРЕДНЕЕ ИЗ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО И ВЫВЕДЕТЕ СРЕДНЕЕ ИЗ СИСТОЛИЧЕСКОГО, ИЗ ДВУХ ЗАМЕРОВ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ. ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ И ОТДАЙТЕ ЕЕ РЕСПОНДЕНТУ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОТОКОЛОМ ТРЕНИНГА ПО ИЗМЕРЕНИЮ ДАВЛЕНИЯ. ИСПОЛЬЗУЙТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ТАБЛИЦУ ДЛЯ ВЫПИСКИ ПРАВИЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ.

Давление у взрослых

	ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ (НИЖНЕЕ)					
	<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥120
СИСТОЛИЧЕСКОЕ						
<129	1	2	3	4	5	6
130-139	2	2	3	4	5	6
140-159	3	3	3	4	5	6
160-179	4	4	4	4	5	6
180-209	5	5	5	5	5	6
≥210	6	6	6	6	6	6

ПОБЛАГОДАРИТЕ РЕСПОНДЕНТА ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО И СНОВА ПООБЕЩАЙТЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ЕГО ОТВЕТОВ

U6	ЗАПИШИТЕ ВРЕМЯ	ЧАСЫ .... ☐☐ МИНУТЫ .... ☐☐	

НАБЛЮДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮЕРА

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ИНТЕРВЬЮ

КОММЕНТАРИИ О РЕСПОНДЕНТЕ:

КОММЕНТАРИИ О КОНКРЕТНЫХ ВОПРОСАХ:

ДРУГИЕ КОММЕНТАРИИ::

НАБЛЮДЕНИЯ СУПЕРВИЗОРА

ФИО СУПЕРВИЗОРА:____ДАТА: _____________________________

НАБЛЮДЕНИЯ РЕДАКТОРА

ФИО РЕДАКТОРА:____ДАТА: ________________________

ФОРМЫ СОГЛАСИЯ ДЛЯ СБОРА ПРОБ НА АНАЛИЗ БИОМАРКЕРОВ В 2002 ИЗНУ



1. Кровь на Анемию у Детей – все регионы
2. Кровь из Вены и Мазок из Влагалища – Ташкент
3. Кровь за Вены-Ферганская Область

1.Форма согласия на взятие крови у детей на анемию

АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

УЗБЕКИСТАН 2002

Номер пробы

Как часть этого исследования, мы проводим анализ на анемию среди детей до пятилетнего возраста. Мы просим вашего сотрудничества в этом отношении. Это поможет Правительству Узбекистана развивать программы по предотвращению анемии среди детей.

Анемия - серьезная проблема в Узбекистане. Причина анемии в Узбекистане – недостаточное питание. Однако, если у человека выявлена анемия, то ему можно давать железосодержащие препараты, чтобы вылечить болезнь.

Если Вы решите проверить вашего ребенка на анемию, мы возьмем несколько капель крови из пальца вашего ребенка для тестирования. Мы используем одноразовые, стерильные инструменты, которые являются чистыми и полностью безопасными. В момент взятия крови из пальца, Ваш ребенок будет чувствовать лёгкий щипок. Эта процедура безопасна для вашего ребенка. Результат испытания будет Вам выдан после взятия крови. Результаты испытаний будут храниться конфиденциально, и не будут показываться другим людям. Если у Вас имеются какие-либо вопросы относительно тестирования крови, Вы можете спросить об этом меня.

Согласны ли ВЫ, провести тестирование вашего ребенка? Если Вы не согласны на тестирование, это - ваше право. Теперь, пожалуйста, сообщите мне, согласны ли Вы, чтобы я взял кровь из пальца у вашего ребенка.

ПОСЛЕ ОБЪЯСНЕНИЯ ВЫШЕСКАЗАННОГО, ЕСЛИ РЕСПОНДЕНТ СОГЛАШАЕТСЯ, ТО ПОДПИСЫВАЕТСЯ НА ЛИНИИ 52 ИЗ ФОРМЫ ЗАПИСИ СБОРА БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ КАЖДОГО РЕБЕНКА.

2. Брошюра и форма согласия для взятия венозной крови и мазка из влагалища. Ташкент только



Изучение Здоровья НаселенияУзбекистана 2002



Дорогой Участник,

Изучение здоровья населения Узбекистана 2002 предназначено для того, чтобы выявить большинство из проблем здоровья, которые затрагивают нашу страну. Это объединяет домашнее интервью с выполнением анализов. Такие проблемы здоровья, как сердечные заболевания могут быть снижены посредством продолжающихся исследований, содействия здоровью, предупреждения заболеваемости.

Данные, собранные в исследовании, будут использоваться для оценки числа людей с проблемами здоровья. Эта информация будет использоваться для прослеживания прогресса в борьбе с заболеваемостью по всему Узбекистану. Слежение за продвижением этого процесса поможет предотвратить возникновение болезней.

Готовность людей к участию - это то, что содействует выполнению данного исследования. Важная информация, собранная в течение исследования, будет использоваться для оценки потребности здоровья всей нации, встречающей трудности 21-го столетия. Если Вы приглашены для исследования, мы призываем вас принять в нём участие.



Назиров Ф.Г.,
Министр Здравоохранения
Республики Узбекистан

Какие испытания будут проводиться?	Кто будет участвовать?	Что будет выполнено?
Кровяное давление (Фактор Риска для Сердечных заболеваний и инсульта)	Женщины 15-49 лет Мужчины 15-59 лет	Измерение кровяного давления
Измерения размеров тела	Женщины 15-49 лет Мужчины 15-59 лет Дети 0-59 месяцев	Измерение роста и веса
Хламидиоз (Болезнь, передаваемая половым путём)	Женщины (бывшие замужем хоть раз) 15-49 лет	Мазок из влагалища
Холестерин Липопротеины высокой плотности (HDL) Липопротеины низкой плотности (LDL) Триглицериды (Факторы риска для сердечных заболеваний)	ЖЕНЩИНЫ 15-49 ЛЕТМУЖЧИНЫ 15-59 ЛЕТ	Взятие крови из вены
Гемоглобин (для анемии)	Дети 0-59 месяцев	Взятие крови из пальца
Гемоглобин A_{1C} (для диабета)	Женщины 15-49 лет Мужчины 15-59 лет	Взятие крови из вены
Отравление свинцом	Дети 0-59 месяцев	Взятие крови из пальца
Гепатит B (антиген) (для хронических гепатитов и циррозов)	Женщины 15-49 лет Мужчины 15-59 лет	Взятие крови из вены

Вопросы по поводу Изучения Здоровья Населения Узбекистана 2002

Являются ли эти тесты безопасными для меня?

Мы заботимся о вашей безопасности. В течение этих испытаний, Вы будете обследованы. Испытания и измерения, которые мы проводим, были выбраны, потому что они безопасны. Мы хотели бы подчеркнуть, что, как и в любой другой процедуре обследования, вы можете почувствовать небольшой дискомфорт при взятии крови.

Моё участие обязательно?

Участие во всех испытаниях добровольно. Это значит, что Вы можете отказаться участвовать как от всего, так и от части испытания. Отказ от участия не является наказуемым. Конечно, мы надеемся, что каждый будет участвовать, потому что без вашего участия наша информация относительно здоровья нации не может быть точна. Результаты Вашего обследования будут добавлены к результатам всех других участников в этом важном изучении и внесут вклад в изучение здоровья всех людей, живущих в Узбекистане.

Какая польза от моего участия?

Вы получите результаты исследований здоровья, которые помогут Вам понять Ваш собственный статус здоровья. Хотя мы дадим Вам результаты ваших анализов, мы не сможем обеспечить Вас дальнейшим исследованием или лечением. Кроме того, у Вас есть возможность внести важный вклад в здоровье всей нации, объединяя результаты Вашего обследования с тысячами других людей.

Как я могу получить результаты своих исследований?

Результаты исследований на анемию, на свинец, кровяное давление и измерения размеров тела будут выданы Вам немедленно, а испытания на Хламидиоз немного позже. Если Вы хотите, результаты Ваших исследований могут быть отправлены вашему врачу.

Кто ещё будет ознакомлен с моими результатами?

Если Вы хотите, результаты Ваших исследований могут быть отправлены вашему врачу. Для этого, Вы должны указать это на последней странице брошюры. Кроме вас и если Вы хотите вашего врача, результаты Ваших исследований больше никому не будут переданы.

Как я могу получать результаты исследования на Хламидиоз?

Чтобы гарантировать максимальную секретность результатов Ваших исследований на Хламидиоз, они не будут отправлены к Вам домой, а будут отправлены непосредственно Вашему врачу. Если Вы не хотите, чтобы врач получил эти результаты, Вы можете отказаться участвовать в этом исследовании. Если Вы хотите, Вы можете вместо этого участвовать в исследовании, но не посылать результаты врачу.

Что случится с моими экземплярами после того, как они проверены?

Они будут уничтожены после анализа. Конфиденциальность будет всегда строго поддерживаться и никакой связи между вашей личностью и результатами анализов не будет сделано.

SP Имя: ______________________________________ ID #: ___________________________

Ваше участие в этом исследовании абсолютно добровольно. Вы можете принять участие во всех исследованиях или в некоторых из них. Если Вы хотите отказаться от исследования, оставьте пустой соответствующую графу, внесенную в нижеприведенный список. Пожалуйста, отметьте исследование, в котором Вы желаете участвовать.

Я ХОЧУ СДЕЛАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- ❑ Холестерол
- ❑ HDL и LDL
- ❑ Гемоглобин A1C
- ❑ Триглицериды
- ❑ Гепатит B
- ❑ Хламидиоз

ЛИЦА 18 ЛЕТ И СТАРШЕ:

Я читал приложенную брошюру, в которой объясняется характер и цель исследования, и я добровольно соглашаюсь участвовать во всех исследованиях, отмеченных выше.

Подпись _________________________________ Дата __________________________

РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН ЛИЦА ДО 18 ЛЕТ:

Я читал приложенную брошюру, в которой объясняется характер и цель исследования и даю согласие, чтобы мой ребенок участвовал во всех исследованиях, отмеченных выше.

Подпись родителя или опекуна ___________________________ Дата _________________

- Для женщин в возрасте 15 – 49 лет: гарантируем секретность, результаты исследований на Хламидиоз будут отправлены непосредственно вашему врачу. Вы хотите, чтобы ваши результаты на Хламидиоз, были посланы вашему врачу?

  ❑ НЕТ, я не хочу, чтобы мой результат исследования на Хламидиоз был послан моему врачу.

  ❑ ДА, я хочу, чтобы мой результат исследования на Хламидиоз был послан моему врачу.

  Имя врача: ____

  Адрес: ____

- Хотите ли Вы, чтобы результаты других исследований были отправлены к Вам домой?

  ❑ НЕТ, Я не хочу, чтобы результаты были отправлены ко мне домой.

  ❑ ДА, Я хотел бы, чтобы мои результаты анализов, были посланы на мой домашний (кроме исследования на Хламидиоз для женщин, результат которого будет послан только врачу) адрес.

  Адрес: ____

- Если Вы желаете, мы пошлем копию результатов других исследований вашему врачу в дополнение к посылке их к Вам домой. Если Вы желаете, чтобы мы послали копию ваших результатов вашему врачу, пожалуйста, напишите имя Вашего врача в указанном месте.

  ❑ НЕТ, Я не хочу, чтобы Вы послали результаты моему врачу.

  ❑ ДА, Я хочу, чтобы Вы послали результаты моему врачу, и укажу его адрес:

  ИМЯ ВРАЧА ____

  АДРЕС ____

Информация, содержащаяся на этой форме, позволит идентифицировать любого индивидуума. Она собрана с гарантией о строгой секретности, будет использоваться только для целей, заявленных для этого изучения, и не будет разглашена другим без согласия индивидуума.

3.Форма согласия на взятие крови на анемию и витамин А у детей в Ферганской Области

ДЕТСКАЯ АНЕМИЯ И ВИТАМИН А В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

УТВЕРЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА СОГЛАСИЯ
ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА 2002

Имя обследуемого лица ______________________________ ID#__________

Номер пробы

Мы исследуем анемию и Витамин А среди детей до пятилетнего возраста в Ферганской области. Мы просим вашего сотрудничества в этом отношении. Это поможет Правительству Узбекистана развивать программы, чтобы предотвратить анемию и недостаток Витамина А у детей.

Анемия и дефицит Витамина А - серьезные проблемы здоровья, вызванные недостаточным питанием. Если у человека обнаружена анемия, то его следует лечить таблетками, содержащими железо и фолиевую кислоту. Дефицит Витамина А может быть вылечен добавками в пищу Витамина А.

Если Вы решите проверить вашего ребенка на анемию, мы запросим, вашего разрешения для взятия нескольких капель крови из пальца вашего ребенка для тестирования. Для тестирования Витамина А нам нужно будет взять немного крови из вены у ребёнка. Мы используем одноразовые, стерильные инструменты, которые являются чистыми и полностью безопасными. Во время взятия крови, Ваш ребенок будет чувствовать лёгкий щипок. Эта процедура безопасна для вашего ребенка. Результат испытания на анемию будет даваться Вам после взятия крови. Результат испытания Витамина А будет отправлен по почте к Вам через 2 или 3 месяца. Если Вы хотите, мы можем также послать результаты Витамина А вашему врачу. Результаты испытаний будут храниться конфиденциально, и не будут показываться другим людям. Если у Вас имеются какие-либо вопросы относительно тестирования крови, Вы можете спросить об этом меня.

Я прошу, Вашего согласия для проведения тестирования вашего ребенка. Если Вы не согласны на тестирование, это ваше право. Теперь, пожалуйста, скажите мне, согласны ли Вы, чтобы я взял кровь для анализа у вашего ребенка?

Я ______________________ СОГЛАСЕН НА ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПАЛЬЦА ДЛЯ АНАЛИЗА НА АНЕМИЮ
(ИМЯ РЕСПОНДЕНТА)

Подпись родителя/опекуна ____

Я ______________________ СОГЛАСЕН НА ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ ДЛЯ АНАЛИЗА ВИТАМИН А
(ИМЯ РЕСПОНДЕНТА)

Подпись родителя/опекуна ____

Адрес, куда выслать результаты ______________________________________
____

Я хотел бы, чтобы результаты были посланы моему врачу: ______________________
Имя врача ____
Адрес врача ____

Подпись Интервьюера ______________________________ Дата: ______________